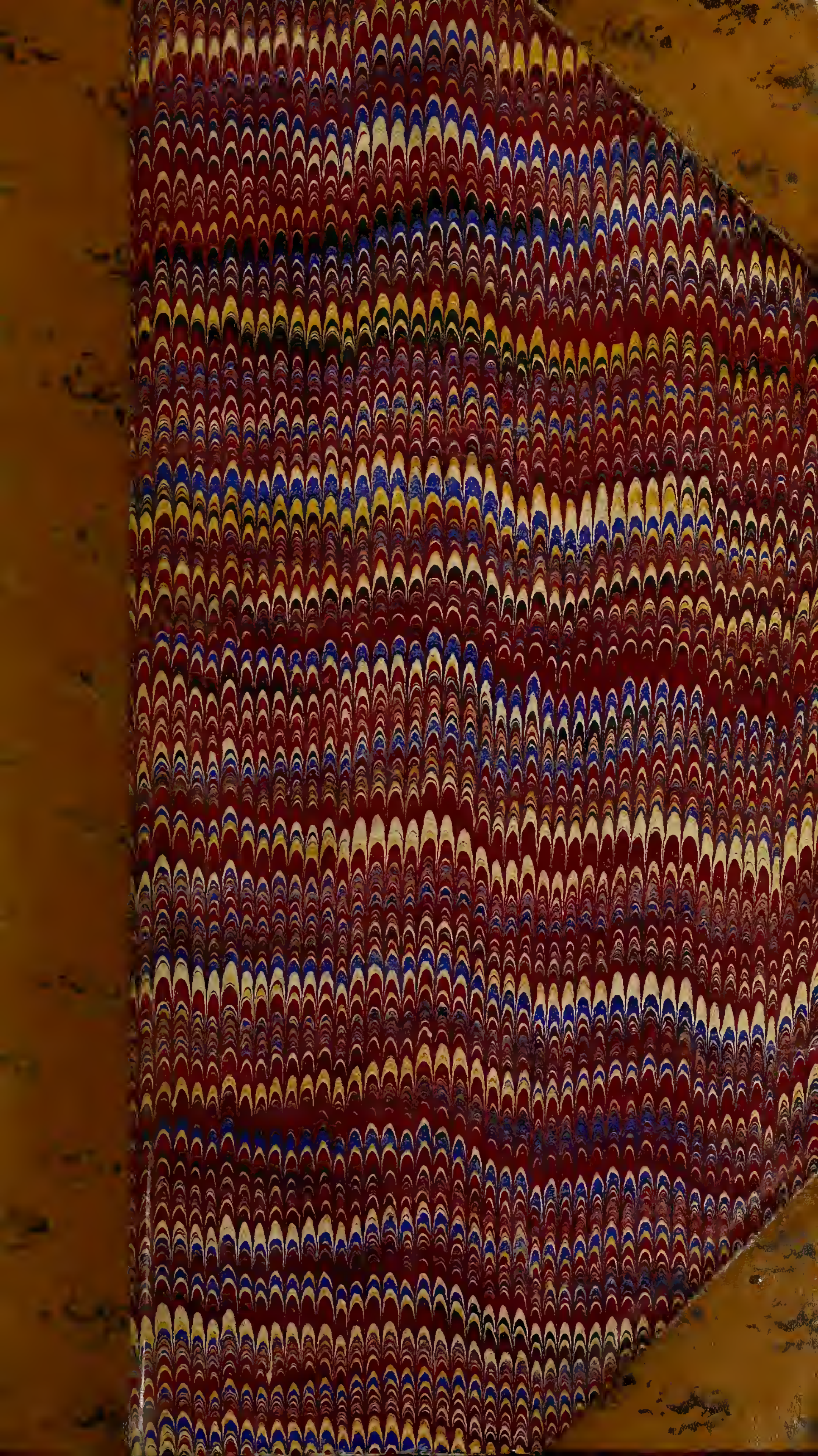


TRAITÉ CLINIQUE

DE LA

FOLIE A DOUBLE FORME

DU MÊME AUTEUR

Théorie physiologique de l'hallucination, thèse de Paris, 1874. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs.)

Alimentation forcée des aliénés; procédé par l'électricité. (*Annales médico-psychologiques*, n° de novembre 1875.)

Diverses manifestations psychopathiques récemment décrites. (*Gazette hebdomadaire*, n°s 42, 43 et 52 de l'année 1877 et n° 1 de 1878.)

Article Délire du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, de M. Dechambre.
(En collaboration avec M. le professeur Ball.)

Articles Démonomanie, Folie avec conscience, Folie a double forme, Folie du doute avec délire du toucher, Gâteux, Sitiophobie et Alimentation forcée des aliénés, Stupeur et Stupidité, du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.

De l'asphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie a double forme. (*Annales médico-psychologiques*, n° de juillet 1882.)

Éloge de Louis-Victor Marcé, broch. in-8° (O. Doin, éditeur.)

EVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

TRAITÉ CLINIQUE

DE LA FOLIE

A DOUBLE FORME

(FOLIE CIRCULAIRE, DÉLIRE A FORMES ALTERNES)

PAR

LE D^{r} ANT. RITTI

Médecin de la maison nationale de Charenton.

Secrétaire général de la Société Médico-Psychologique.

OUVRAGE COURONNÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(*Prix Falret 1880*)

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1883

A M. J. BAILLARGER

Membre de l'Académie de médecine, Médecin honoraire de la Salpêtrière,
Officier de la Légion d'honneur

HOMMAGE DE RECONNAISSANCE

ANT. RITTI.

AVANT-PROPOS

L'Académie de médecine, pour le prix Falret à décerner en 1880, avait proposé la question suivante:

« De la folie désignée sous les dénominations de « folie circulaire, folie à double forme, folie à formes « alternes. »

Le programme ajoutait :

« Les concurrents devront réunir dans leur travail « le plus grand nombre d'observations cliniques. »

La question nous paraît nettement posée; l'Académie de médecine demandait aux concurrents de présenter une monographie complète de cette forme spéciale de folie, qui n'a sa place marquée dans le cadre nosologique que depuis 1854, depuis les travaux de M. Baillarger et de Falret père.

Ainsi envisagé, notre travail devait nécessairement être distribué comme tout traité sur une maladie quelconque. Il devait être exclusivement clinique; c'est le

but que nous nous sommes appliqué à atteindre, en donnant des observations à l'appui de toutes nos descriptions, de toutes nos assertions. D'ailleurs, nous rendant en cela au désir exprimé par l'Académie de médecine, nous avons réuni le plus grand nombre possible de faits.

Nos observations cliniques sont au nombre de quatre-vingts, dont neuf personnelles et quinze traduites des auteurs allemands. Les autres sont empruntées à divers auteurs français, et sont, pour la plupart, déjà connues; nous avons cru néanmoins devoir les reproduire toutes textuellement. Lorsqu'il s'agit, en effet, d'un sujet encore controversé sur bien des points, on ne saurait apporter une exactitude trop scrupuleuse dans la reproduction des documents.

La récompense flatteuse dont l'Académie de médecine a honoré notre mémoire, nous engage à le publier. Puisse ce livre contribuer à faire mieux connaître une affection plus fréquente qu'on n'est généralement porté à le croire, et susciter de nouveaux travaux destinés à en éclaircir les points encore obscurs!

Maison de Charenton, 15 septembre 1882.

TRAITÉ CLINIQUE

DE LA

FOLIE A DOUBLE FORME

(FOLIE CIRCULAIRE, DÉLIRE A FORMES ALTERNES)



CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION. — SYNONYMIE. — HISTORIQUE

La médecine mentale, quoi qu'en disent ses détracteurs, n'a pas cessé de faire des progrès, même des progrès importants, depuis le commencement de ce siècle. Pour s'en assurer, on n'a qu'à comparer, par exemple, le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* de Ph. Pinel, qui contient tout ce qu'on savait de son temps sur la question, avec ce que l'on enseigne aujourd'hui. L'illustre médecin de la Salpêtrière admettait quatre formes de folie: la manie, la mélancolie, l'idiotie et la démence, auxquelles Esquirol, quelques années après, vint ajouter la monomanie. Ce n'est pas ici le lieu de faire connaître toutes les discussions qu'a soulevées ce classement, ni de rappeler les arguments pour ou contre présentés par ses partisans ou ses adversaires ; mais ce qui est certain, c'est que de nouvelles découvertes devaient en montrer

l'insuffisance, et que sa trop grande simplicité n'était pas son moindre défaut.

La loi du progrès, qu'il s'agisse de la science ou de tout autre élément social, suppose l'évolution du simple au complexe par une série de différenciations successives. Ce principe s'applique exactement à l'histoire de la pathologie mentale depuis une soixantaine d'années. En analysant avec soin les faits rentrant dans les anciennes formes de folie, on est arrivé à constater que les caractères différentiels, qui avaient jusqu'alors passé inaperçus, méritaient plus d'attention que les ressemblances superficielles qui avaient servi à les grouper. On a été ainsi conduit à créer peu à peu, à côté des types originairement admis, des types nouveaux en grande partie tirés des précédents.

La découverte de la paralysie générale — un des plus grands événements de l'histoire médicale de ce siècle — a été le premier pas dans la voie de sécession que nous venons d'indiquer. Elle a permis de distinguer un grand nombre de faits, autrefois englobés soit dans le groupe « démence », soit dans le groupe « monomanie ».

Un autre exemple de cette tendance séparatiste est la maladie que les auteurs ont appelée stupidité. Soit qu'avec Georget et d'autres auteurs, on considère cette affection comme une suspension momentanée de l'intelligence, soit qu'après M. Baillarger, on ne voie dans les aliénés stupides qu'une variété de mélancoliques avec un délire intérieur très actif, — il n'en est pas moins établi aujourd'hui que la stupidité ne saurait être confondue avec l'idiotisme, ainsi que le faisait Pinel, ni être considérée comme une démence aiguë, comme l'enseignait Esquirol.

En 1852, M. Ch. Lasègue, en créant le délire des persécutions, a marqué une étape nouvelle sur la voie tracée

par ses prédéceseurs ; il a nettement séparé tout un groupe de faits, autrefois classés dans la mélancolie ou la monomanie ; et, plus tard, lorsque les relations du délire des grandeurs avec le délire des persécutions furent bien établies, il resta peu de chose de la mégalomanie ou monomanie des grandeurs.

Une découverte non moins importante que les précédentes, est celle de la folie à double forme ou folie circulaire. Elle nous apprend que la manie et la mélancolie, ces deux états qui offrent entre eux les différences les plus tranchées et les contrastes les plus frappants, sont unies par une sorte de « lien secret » ; et que ces deux maladies, reconnues, depuis la plus haute antiquité, comme des espèces distinctes d'aliénation mentale, peuvent en certains cas être considérées comme des périodes d'une affection spéciale. Bien des malades étaient autrefois considérés, tantôt comme mélancoliques, tantôt comme maniaques, suivant qu'ils se trouvaient dans l'une ou l'autre période de la folie à double forme. Une telle erreur n'est plus admissible, aujourd'hui que les travaux de M. Baillarger et de Falret père ont mis hors de conteste l'existence de la nouvelle espèce morbide ; que sa symptomatologie, son étiologie, sa marche, ont été l'objet de nombreuses études tant en France qu'à l'étranger. Ces études ne nous permettent pas de résoudre tous les problèmes que soulève la folie à double forme, et de nouvelles observations cliniques prolongées sont encore nécessaires ; mais si, avec les documents qu'on possède, il est difficile de constituer une monographie complète de la maladie, on peut cependant en présenter un tableau assez exact, dont les imperfections seront moins le fait des matériaux que de celui qui les mettra en œuvre.

DÉFINITION

Par folie à double forme ou folie circulaire, on entend une espèce particulière d'aliénation mentale dont les accès sont caractérisés par la succession régulière de deux périodes, l'une de dépression et l'autre d'excitation, ou réciproquement.

Au point de vue de la marche, cette maladie peut se présenter sous deux formes distinctes :

1° Lorsque les accès sont isolés, ou bien ne se produisent qu'après un intervalle plus ou moins long, on a la folie à double forme proprement dite, ou à type périodique ;

2° Si, au contraire, les accès se suivent sans qu'il se présente entre eux d'intervalle lucide, la maladie constitue la folie à double forme continue, ou à type circulaire.

On connaît les caractères des folies intermittentes ; un des plus importants est que «l'accès ultérieur, ainsi que l'a dit Falret[1], ressemble en tous points, par les symptômes physiques, intellectuels et moraux, et même par les idées délirantes exprimées, ainsi que par sa marche, aux accès précédents. Le malade passe le plus habituellement par toutes les phases des accès antérieurs.» Ce caractère s'observe aussi dans la folie à double forme ; tous les accès se ressemblent à tel point que, si l'on en a observé un avec soin, on retrouve dans ceux qui suivent les mêmes symptômes, les mêmes conceptions délirantes,

[1] *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés.* Paris, 1864, p. 458.

les mêmes actes, la même marche, etc. La durée de chaque accès ne présente que peu de variations. Aussi toutes ces conditions permettent-elles, si les accès antérieurs ont été bien observés, d'indiquer pour ainsi dire d'avance, dès le début de l'accès, les différentes manifestations qui vont se produire, et même d'assigner l'époque à laquelle le malade passera d'une période à l'autre.

Se basant sur cette analogie de la folie à double forme avec les folies intermittentes ou périodiques, les auteurs allemands, Krafft-Ebing et Kirn entre autres, ont classé cette affection parmi les psychoses périodiques.

SYNONYMIE

Quoique de création récente, cette espèce morbide a reçu déjà bien des dénominations diverses ; nous croyons utile de faire connaître toutes celles qui sont arrivées à notre connaissance, avec les noms de leurs auteurs :

Folie à double forme (Baillarger).
Folie circulaire (Falret).
Folie à double phase (Billod).
Folie à formes alternes (Delaye).
Délire à formes alternes (Legrand du Saulle).
Die cyclische Pychose (Ludwig Kirn).
Das circuläre Irresein. (von Krafft-Ebing).

HISTORIQUE

Lorsque dans l'une quelconque des branches du savoir, un fait nouveau ou qui jusqu'alors avait passé inaperçu est découvert, l'érudition est aussitôt mise en éveil. On dépouille avec le plus grand soin les auteurs anciens, et si, par hasard, les chercheurs arrivent à y trouver quelques traces de la nouvelle découverte, ils se diviseront aussitôt en deux camps : les uns ne verront dans ces vieux textes qu'une nouvelle confirmation du proverbe qui dit qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil ; les autres, plus philosophes, étudieront avec impartialité ces documents tirés de la poussière des bibliothèques, et s'appliqueront à rechercher de quelle manière nos ancêtres interprétaient le phénomène en question.

Ce que nous venons de dire pour la science en général, peut s'appliquer surtout à la médecine. Ainsi les cliniciens éminents qui, depuis la plus haute antiquité, ont consigné dans leurs écrits les résultats de leurs sagaces observations, ont livré à la postérité une masse de faits, souvent mal liés, peu coordonnés, mais dont les progrès de la science n'ont en rien altéré l'exactitude ; ce qui change, en effet, ce ne sont pas les phénomènes, mais la manière de les interpréter. Entre bien d'autres, l'historique suivant de la folie à double forme en est un exemple frappant.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on observe chez certains aliénés cette alternance de la manie et de la mélancolie; mais, reconnaissons-le de suite, aucun médecin, avant M. Baillarger et Falret, n'a reconnu dans ce fait un type morbide particulier. On trouve chez la plupart des

manigraphes quelques indications et même des faits de cette succession des deux formes de folie les plus anciennement décrites; il est donc intéressant de rechercher dans les textes les descriptions qu'ils en donnent et les conséquences qu'ils en tirent.

La collection hippocratique, qui nous donne sur l'état des connaissances médicales au siècle de Périclès des renseignements si précieux, ne contient sur le point qui nous occupe que bien peu de chose. Ce peu se réduit à un aphorisme du célèbre médecin de Cos, où la transformation de la mélancolie en folie et en autres maladies semble assez nettement indiquée :

« Dans les maladies mélancoliques, les déplacements de l'atrabile font craindre des maladies de ce genre: l'apoplexie, le spasme, la folie (μανιην), la cécité[1]. »

Ainsi les mélancoliques peuvent devenir maniaques par un simple déplacement de l'atrabile; retenons le fait sans nous préoccuper de la théorie qui cherche à l'interpréter.

Transportons-nous cinq cents ans en avant, du siècle de Périclès passons au premier siècle de l'ère chrétienne; nous trouvons d'abord Arétée de Cappadoce, qui, dans son ouvrage sur les signes, les causes et le traitement des maladies aiguës et chroniques, a donné de la manie et de la mélancolie des descriptions dont on ne saurait assez admirer l'exactitude. Voici les passages relatifs à notre sujet:

Chapitre de la mélancolie. — « La mélancolie est une affection sans fièvre, dans laquelle l'esprit triste reste toujours fixé sur la même idée et s'y attache opiniâtré-

[1] *Aphorismes*, 6e section, 56. Trad. Littré, t. IV, p. 577.

ment; elle me paraît être un commencement ou une espèce de demi-manie............ S'il arrive quelquefois que cette tristesse cesse ou se dissipe, la plupart de ceux chez lesquels ce changement arrive, deviennent maniaques. Voici, suivant moi, comment et par quel changement dans le siège du mal la chose arrive. Pendant que le mal réside dans les hypochondres, et que sa cause n'agit qu'aux environs du diaphragme, et que la bile a une libre sortie par en haut et par en bas, le malade reste simplement mélancolique; mais si cette cause agit sympathiquement sur le cerveau, l'excès de tristesse se change en une joie et des ris immodérés qui durent une partie de la vie. Les mélancoliques deviennent ainsi maniaques plutôt par les progrès que par l'intensité du mal...[1] »

Chapitre de la manie. — « L'insomnie les (les maniaques) rend voraces, cependant ils maigrissent moins que les autres malades, surtout ceux dont le mal tend à la mélancolie..... Des spectres d'une couleur bleuâtre, noire, si la maladie tend à la mélancolie; d'une couleur rouge et approchant de l'écarlate, si elle tend à la fureur, semblent se présenter à leur vue... L'accès fini, ils deviennent languissants, tristes, taciturnes, et se rappelant ce qui vient de leur arriver, ils en sont honteux et confus[2]. »

Chapitre de la cure de la mélancolie. — « ..... Quand elle (la mélancolie) s'est, en effet, une fois emparée de tout le système, qu'elle a infecté le sentiment, l'entendement, le sang, la bile, les nerfs, elle devient non seule-

[1] Arétée, *Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques.* Traduit par le Dr Renaud, 1 vol. in-8°, Paris, 1834, p. 84 et suivantes.

[2] *Idem*, p. 87 et suivantes.

ment incurable, mais dispose le corps à une infinité d'autres affections, telles que les convulsions, la *manie*, la paralysie, d'autant plus incurables qu'elles tiennent leur source de la mélancolie[1]..... »

Ces extraits sont intéressants à étudier. D'abord Arétée établit que la mélancolie est « un commencement ou une espèce de demi-manie », c'est-à-dire un premier degré de la manie ; d'autre part, il constate que lorsque, chez les mélancoliques, la maladie arrive à se dissiper, elle se change en manie, et cela plutôt par le progrès que par l'intensité du mal. L'explication qu'il donne de cette transformation est curieuse et mérite d'être notée.

Mais s'il a observé les malades passant de la mélancolie à la manie, Arétée a remarqué aussi que les accès de manie peuvent être suivis d'une période dépressive. « L'accès fini, dit-il en effet, les malades deviennent languissants, tristes, taciturnes, et se rappelant ce qui vient de leur arriver, ils en sont honteux et confus. » Il indique même certains symptômes qui permettent de prévoir ce passage de la manie à la mélancolie : les malades qui sont destinés à cette transformation de leur affection, maigrissent moins que les autres, ils semblent voir « des spectres d'une couleur bleuâtre, noire ».

Nous ferons enfin remarquer, en terminant, l'analogie qui existe entre la dernière phrase d'Arétée que nous avons citée et l'aphorisme d'Hippocrate qu'on peut lire plus haut.

Galien (131 ap. J.-C.), qui, en maints endroits de ses nombreux ouvrages, s'est occupé des maladies mentales,

[1] Arétée, *Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques.* Traduit par le Dr Renaud, 1 vol. in-8o, Paris, 1834, p. 389.

a consacré un chapitre de son traité *Des lieux affectés*[1] à la description de la mélancolie ; il y étudie les causes et les symptômes de cette affection, ses variétés, son traitement, mais il n'y parle nullement de sa transformation en manie. Toutefois, il existe dans la collection galénique un traité spécial *sur la mélancolie*, qui est un résumé de la question d'après les idées du médecin de Pergame et d'autres médecins contemporains, tels que Rufus, Posidonius et Marcellus. Ce livre qui, si l'on en croit les érudits, aurait été composé par Aétius de Sicile, contient à la fin du chapitre premier une phrase énonçant l'idée déjà exprimée par Arétée, c'est-à-dire que, lorsque l'agitation maniaque se calme, les malades deviennent tristes, taciturnes et timides. Voici le texte de ce passage d'après la traduction latine de Kühn[2] :

« ..... Itaque cognoscendum est duplicem esse melancholiæ speciem. Quidam enim ex naturâ et temperamento ab initio atram bilem habent ; quidam ex prava victus ratione postea id temperamentum adepti sunt ; et hæc species segnis semper ac subtristis ; qui vero ex flavæ bilis superassatione in delirium incidunt, audaciores et cæteris iracundiores sunt, et percussores et omnia horrenda facientes, et maxime quo tempore bilis superassatur ; quo vero tempore ipsa exstincta fuerit, tristes, mœsti ac timidi sunt. »

Avec Alexandre de Tralles (VIe siècle de notre ère), nous arrivons à des idées plus précises, ou plutôt qui se rapprochent davantage de celles acceptées aujourd'hui. Pour cet écrivain, de même que pour Arétée de Cappa-

[1] Liv. III, ch. x. Voir *Traduction Daremberg*, t. II, p. 564.
[2] T. XIX, p. 706.

doce, la manie n'est autre chose que la mélancolie poussée à son plus haut degré. Mais Alexandre de Tralles est allé plus loin : il a vu que, dans les cas de mélancolie chronique, la manie peut arriver par accès périodiques (*per circuitus*) ; plus loin, il admet des intermittences entre ces accès et fait la comparaison avec les fièvres intermittentes.

Voici d'ailleurs les textes :

« ..... Quare per initia affectum excindere tentandum est, inveteratus enim, et veluti in naturam conversus, incurabilis propemodum evadit : et tali morbo affecti, non melancholia tantum laborant, sed etiam per circuitus insaniunt. Nihil enim aliud est insania, quam melancholiæ ad majorem feritatem intensio [1]. » Et plus loin : « ..... Sin autem duos quoque humores superare contingat, utrumque horum accidens oboritur ; interdum namque rident ægri ; interdum ferocius loquuntur, et alias alios motus, intervallaque et accessiones habent : quemadmodum in febribus accidit ; quæ circuitu moventur : atque in his nonnunquam hoc humore cerebrum repleri, nonnunquam illo, pro diversis ipsorum mutationibus, motibusque [2]. »

Tous les manigraphes des siècles suivants n'ont fait que copier les auteurs que nous venons de citer ; aussi, pour trouver une théorie plus exacte sur les rapports de la mélancolie et de la manie, faut-il se transporter au dix-septième siècle et consulter les œuvres du célèbre médecin anglais, THOMAS WILLIS (1622-1670). Pour lui,

[1] Alexandre de Tralles. Edition de Haller, t. I, p. 86.
[2] *Idem*, *ibid.*, p. 87.

la cause de la manie ne consiste plus seulement dans l'accroissement de la mélancolie ; il considère aussi comme possibles des transformations de cette dernière en la manie. Voici, en effet, ce qu'il dit à ce sujet dans les chapitres *De maniâ* et *De melancholiâ* de son traité *De animâ brutorum* (Lyon, 1676) : « Melancholia diutius protracta non raro in μωροσιν, quandoque in maniam transit..... La mélancolie qui dure très longtemps se transforme fréquemment en stupidité, quelquefois même en manie[1]. » Plus loin, se trouve le passage suivant, qui paraîtra encore plus explicite : « Post melancholiam, sequitur agendum de mania, quæ isti in tantum affinis est, ut hi affectus sæpè vices commutent, et alteruter in alterum transeat ; nam diathesis melancholia in pejus erecta furorem accersit ; atque furor defervens non raro in diathesin atrabilariam desinit. Sæpè hæc duo quasi fumus, et flamma, se mutuo excipiunt, ceduntque. Et quidem, si in melancholia cerebrum et spiritus animales, fumo, et densâ caligine obfuscari dicantur, mania, istis apertum quasi incendium accersere videtur..... Après la mélancolie, il faut traiter de la manie, qui a tant de rapports avec elle, que ces deux maladies se succèdent souvent, et que la première se transforme en la seconde, et réciproquement. La mélancolie, en effet, portée à son plus haut degré, détermine la fureur ; puis celle-ci, en se calmant, se tourne fréquemment en mélancolie (diathèse atrabilaire). Souvent on voit ces deux affections, comme la flamme et la fumée, s'exclure, se remplacer mutuellement. Et de fait, si l'on peut dire que dans la mélancolie le cerveau et les esprits animaux sont

[1] *De animâ brutorum*, p. 245.

obscurcis par la fumée et de noires ténèbres, la manie peut être comparée à un incendie destiné à les dissiper et à les illuminer[1]. »

On le voit, Willis a observé non seulement la tranformation de la mélancolie en manie, et réciproquement; mais il a encore établi que ces deux affections peuvent se succéder d'une façon alternative, comme la flamme et la fumée.

Presque à la même époque où écrivait Willis, un médecin allemand, Michel Ettmuller (1644-1683), insiste aussi, dans le chapitre sur la manie de son *Collegium practicum doctrinale*, sur la fréquence de la transformation de la manie en mélancolie et réciproquement. Voici, en effet, ce qu'il dit à ce sujet : « Nam quod non differant (mania et melancholia) in radice, patet, quod nonnunquam ambo hæc inter se transmutentur, cum videamus, quod mania confabulationes et cantus, similiaque hilaritatis phænomena, nonnunquam interjecta habeat, et melancholicos fieri maniacos, et melancholicos subinde manere, qui ante fuerunt maniaci[2]. »

Les auteurs du dix-huitième siècle acceptèrent la théorie de Thomas Willis; nous citerons particulièrement Morgagni et Lorry.

J.-B. Morgagni (1682-1771), l'illustre anatomo-pathologiste, a consacré une des lettres de son immortel ouvrage à l'étude de la manie, de la mélancolie et de l'hydrophobie. Il s'y exprime ainsi qu'il suit : « D'un autre côté, la manie, pour me servir des expressions de

[1] *De animâ brutorum*, *ibid.*, p. 255.
[2] Ettmüller, t. II, pars 1, des *Œuvres complètes*, p. 878.

Willis, « est si voisine de la mélancolie, que souvent ces deux affections se remplacent mutuellement, et que l'une prend le caractère de l'autre ». Vous verrez même fréquemment des médecins ne pas savoir s'ils doivent appeler mélancolique ou maniaque, le même malade chez lequel il y aura eu de temps en temps des alternatives de taciturnité et de crainte, de loquacité et d'audace. C'est ce qui me faisait supporter plus facilement, lorsque je disséquais des têtes d'insensés et que je m'informais de l'espèce de délire qu'il avaient éprouvé, des réponses très souvent équivoques, quelquefois contradictoires, et qui néanmoins pouvaient être vraies dans le long cours d'un délire[1]. » Ainsi Morgagni, suivant en cela Willis, admet les alternatives de mélancolie et de manie ; elles lui sont tellement familières qu'il ne s'étonne plus des réponses contradictoires qui lui sont données sur le délire d'un aliéné décédé, sachant très bien que, dans le long cours de son affection, il a pu traverser des formes délirantes opposées.

L'auteur cite même l'histoire d'une jeune fille, dont il a fait l'autopsie, et qui est morte dans un accès de manie consécutif à une longue période de mélancolie[2]. Voici ce fait :

« Une fille, âgée de plus de vingt ans, qui désirait ardemment se faire religieuse, en ayant éprouvé le refus, son esprit commença à s'affaiblir aussitôt qu'elle eut appris la nouvelle de ce refus, et déjà elle faisait des raisonnements sans suite ; cet état augmenta de jour en jour, de sorte qu'elle refusait très souvent de la nourri-

[1] *Recherches anatomiques sur le siége et les causes des maladies*. Traduction Destouet, lettre VIIIe, t. I, p. 133.

[2] *Id. ibid.*, par. II, p. 133.

ture. Quelque mois s'étant ainsi passés, elle eut plusieurs accès d'une fièvre erratique ; et, dans le même temps, elle fut attaquée d'une manie plus violente sans fièvre, au point d'assaillir les assistants ; mais ses forces s'affaiblirent peu à peu, elle mourut. »

On connaît l'ouvrage de Lorry (1726-1783) sur la mélancolie et les affections mélancoliques (*De melancholia et morbis melancholicis*, Paris, 1765). Il s'y trouve, au point de vue qui nous occupe, deux chapitres intéressants : le premier traite de la manie mélancolique ; le second, de la manie comme terminaison de la mélancolie.

Dans le premier de ces chapitres, l'auteur[1], après avoir indiqué qu'il existe une manie qui n'est que le résultat de la mélancolie, ajoute : « Mais comme il existe un grand nombre de mélancoliques qui n'aboutissent jamais à la manie, quoiqu'ils soient longtemps et profondément malades, mais qu'il y en a d'autres qui sont atteints de manie presque subitement, il faut qu'il y ait chez ces derniers des causes spéciales amenant cette facile transformation. » Il étudie ensuite ces causes et les classe au nombre de cinq :

1° Une certaine idiosyncrasie, qui a son siège dans une constitution plus délicate de la sensibilité interne. Aussi trouve-t-on la manie mélancolique surtout chez les descendants d'aliénés et faut-il la considérer comme un vice héréditaire.

2° L'influence des lieux ; certains endroits provoquant plus fréquemment que d'autres les maladies nerveuses.

[1] *De melancholia et morbis melancholicis*, Paris, 1765, t. I, p. 164.

3° Les troubles politiques.

4° L'ivresse fréquente et l'abus des liqueurs alcooliques.

5° Les travaux intellectuels prolongés.

Dans le chapitre qu'il consacre à la manie considérée comme une des terminaisons de la mélancolie[1], Lorry s'applique surtout à faire une description de la première de ces deux affections. Nous ne nous y arrêterons donc pas, car nous avons hâte d'arriver à Pinel et aux auteurs plus modernes.

Philippe Pinel (1755-1826), à la sagacité de qui le fait qui nous occupe n'avait pas échappé, consacre un chapitre de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (2e édition, p. 167) à cette question : « La mélancolie peut-elle, après quelques années, dégénérer en manie ? » Mais l'illustre médecin de la Salpêtrière n'a pas seulement observé cette transformation de la mélancolie en manie, il a aussi constaté l'alternance de ces deux formes, ainsi que le prouve l'observation suivante[2] :

« On m'a plusieurs fois demandé des conseils sur la mobilité extrême et la variabilité du caractère d'une personne qui, dès l'âge le plus tendre, avait été sujette à des affections cutanées et à des mouvements fébriles irréguliers. Dès les premiers développements de la raison, elle avait pris l'habitude de faire des lectures sans ordre et sans choix ; elle s'occupait tour à tour de romans, de poésie, d'histoire, de pièces de théâtre, qu'elle parcourait alternativement, avec la rapidité de l'éclair, durant

[1] *De melancholia et morbis melancholicis*, Paris, 1765, t. I, p. 361.

[2] *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, p. 23.

des journées entières et une grande partie des nuits ; ses périodes du mois furent précoces, et souvent dérangées par des chagrins domestiques profonds et des contrariétés renaissantes : de là une irascibilité extrême, des emportemens, des cris violents, quelquefois des mouvemens convulsifs irréguliers. Le bonheur parut lui sourire par un mariage bien assorti ; mais toujours même vacillation du caractère, et disposition irrésistible de passer d'un extrême à l'autre. Quelquefois, pendant plusieurs jours, agitation continuelle, courses, fatigues portées jusqu'à l'épuisement; d'autres fois morosité sombre, désir insurmontable de la retraite, engourdissement apathique, nulle règle dans l'heure des repas ni dans le choix des aliments ; certains jours se passent sans qu'elle prenne aucune nourriture, d'autres sont marqués par un appétit immodéré qu'on ne craint point de satisfaire et qui entraîne souvent des désordres dans la digestion, et l'abus des liqueurs alcoolisées. Souvent, dans le même jour, passage brusque d'une froide apathie aux épanchements de la tendresse filiale, à l'enthousiasme de la poésie, au fanatisme religieux ; souvent aussi des objets importants traités par manière de jeu, et des frivolités traitées avec gravité et l'attention la plus sérieuse. Des symptômes d'hypochondrie et des maux physiques variés donnent lieu à de vains projets de traitement tour à tour suggérés par des médecins habiles, des empiriques ou des bonnes femmes, et qui sont tour à tour commencés, suspendus ou repris sans ordre et sans suite. Enfin l'aliénation la moins équivoque se déclare avec une singularité remarquable. Elle passe six mois de l'année à s'agiter, à courir sans cesse, à enfanter des projets vains et chimériques, et les six autres

mois sont marqués par une stupeur profonde, un sombre désespoir et une impulsion des plus fortes pour le suicide. »

On trouve, chez la malade de l'observation précédente, la plupart des symptômes caractérisant les deux périodes de l'accès de folie à double forme : agitation continuelle, mobilité incessante, projets de toute sorte, appétit immodéré, abus des liqueurs fortes, pendant la période d'excitation ; mais, pendant la période de dépression, tristesse, isolement, stupeur, impulsions au suicide, refus d'aliments, etc. Les accès, d'abord courts, finissent par avoir une durée d'une année, dont six mois d'excitation et six mois de dépression.

Dans un autre endroit de son livre[1], Pinel s'applique à prouver que « l'idiotisme, espèce d'aliénation fréquente dans les hospices, guérit quelquefois par la manie ». Avant d'aller plus loin, rappelons que l'illustre médecin de la Salpêtrière décrivait, sous le nom d'idiotisme, un grand nombre de faits auxquels on a depuis donné des dénominations diverses, telles que démence aiguë, stupidité, mélancolie avec stupeur. En parlant de ces malades qui arrivaient dans son service « dans un état de faiblesse, d'atonie et de stupeur », il dit : « Quelques-uns, surtout dans la jeunesse, après avoir resté plusieurs mois, ou même des années entières, dans un idiotisme absolu, tombaient dans une sorte d'accès de manie qui durait vingt, vingt-cinq ou trente jours, et auquel succédait le rétablissement de la raison, par une sorte de réaction interne. » Et, comme preuve à l'appui de ce qu'il vient d'avancer, il cite l'exemple suivant :

[1] *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, p. 186.

« Un jeune militaire de vingt-deux ans est frappé de terreur par le fracas de l'artillerie dans une action sanglante où il prend part aussitôt après son arrivée à l'armée; sa raison en est bouleversée, et on le soumet ailleurs au traitement par la méthode ordinaire des saignées, des bains, des douches. A la dernière saignée, la bande se délie ; il perd une grande quantité de sang, et il tombe dans une syncope très prolongée ; on le rend à la vie par des toniques et des restaurants ; mais il reste dans un état de langueur qui fait tout craindre, et ses parents, pour ne point le voir périr sous leurs yeux, l'envoient à Bicêtre. Le père, dans une visite qu'il lui rend plusieurs jours après, le regarde comme désespéré, et lui laisse quelques secours en argent pour améliorer son état. Au bout d'un mois, déjà s'annoncent les signes précurseurs d'un accès de manie : constipation, rougeurs du visage, volubilité de la langue. Il sort de son état d'inertie et de stupeur, se promène dans l'intérieur de l'hospice, se livre à mille extravagances folles et gaies. Cet accès dure dix-huit jours; le calme revient avec le rétablissement gradué de la raison, et le jeune homme, après avoir encore passé plusieurs mois dans l'hospice pour assurer sa convalescence, a été rendu plein de sens et de raison au sein de sa famille. »

Pinel fait suivre cette observation de la remarque suivante : « Quelquefois de jeunes personnes du sexe ont éprouvé aussi cette transformation de la maladie, et j'en ai noté quelques exemples dans l'hospice de la Salpêtrière ».

En résumé, Pinel a, comme ses prédécesseurs, admis la transformation de la mélancolie simple ou avec stupeur (idiotisme) en manie et réciproquement ; il a en

outre constaté l'alternance de ces deux formes morbides et il a publié une très intéressante observation de folie à double forme, à type circulaire et à accès annuels.

Jacquelin Dubuisson, en son ouvrage *Des vésanies ou maladies mentales* (Paris, 1816), traitant de la mélancolie, dit qu'elle peut être compliquée avec la manie. « Cette complication est assez fréquente, ajoute-t-il[1], et beaucoup d'auteurs, depuis Arétée jusqu'à nos jours, en ont rapporté des exemples : alors la manie est ordinairement périodique ou par accès. » L'alternance de deux formes (manie et mélancolie) nous semble bien indiquée dans ce passage.

Mais Dubuisson ne considère pas seulement la manie comme une complication de la mélancolie, il admet encore une terminaison de cette dernière affection en manie, par ce qu'il appelle *métaptose*. « Lorsque la mélancolie se change en manie, dit-il[2], alors le délire, de partiel et exclusif qu'il était, devient général ; il s'y joint de l'agitation, de la loquacité et des emportements furieux. » Il considère en outre cette conversion de la mélancolie en manie comme « une terminaison assez fréquente et souvent heureuse de cette vésanie partielle ».

Dans son chapitre sur la manie[3], Dubuisson est plus explicite. Parlant de la manie périodique, il dit qu'elle « n'est pas toujours simple, c'est-à-dire que les accès n'ont pas toujours des intervalles lucides de raison, quand il y a complication, soit avec l'*hypochondrie*, la

[1] *Des vésanies*, p. 128.
[2] *Id.*, p. 137.
[3] *Id.*, p. 187.

mélancolie, la démence ou l'idiotisme, soit avec l'épilepsie ou l'hystérie. Dans ces cas, les symptômes propres à ces diverses maladies se manifestent entre les accès maniaques. » Plus loin, revenant sur ce sujet au paragraphe où il étudie les complications de la manie, il dit[1] : « Les genres de névrose avec lesquels la manie peut être compliquée sont : l'*hypochondrie*, la *mélancolie*, la démence, l'idiotisme, l'épilepsie et l'hystérie. Dans ces cas, la manie est périodique ou par accès. »

Comme pour la mélancolie, il admet aussi une terminaison de la manie par métaptose, c'est-à-dire par sa conversion en mélancolie. Mais ce qui a spécialement frappé cet observateur, c'est la gravité du pronostic, lorsqu'existe l'alternance de la manie et de la mélancolie. Voici, en effet, ce qu'il dit à ce sujet[2] : « Lorsque la manie est sujette à des récidives, qu'elle est caractérisée par des accès périodiques réguliers, qu'elle succède à d'autres vésanies, qu'elle est invétérée par suite des tentatives d'un traitement mal entendu, le pronostic est peu favorable. Lorsqu'elle est compliquée avec l'hypochondrie, la mélancolie, la démence, l'idiotisme, la paralysie, l'hystérie ou l'épilepsie, elle se manifeste par des accès irréguliers, et elle est difficilement curable. »

Cette gravité du pronostic, dans les cas qui nous occupent, a aussi été constatée par Fodéré, qui dit quelque part[3] : « La manie qui a été précédée d'une longue mélancolie, et qui est remplacée par cette espèce dans ses intervalles, et après que les paroxysmes de fureur ont cessé, ne doit presque jamais être regardée comme com-

[1] *Des vésanies*, p. 205.

[2] *Id.*, p. 210.

[3] *Traité du délire*, Paris, 1817, t. I, p. 602

plètement jugée, et elle laisse toujours des craintes pour l'avenir; elle est même assez fréquemment terminée par le suicide, dans le temps où l'on s'y attend le moins. »

Pour la majorité des auteurs que nous avons cités jusqu'ici, la manie n'est que le plus haut degré de la mélancolie, ou bien elle n'est qu'une des terminaisons de cette dernière affection ; quelques-uns d'entre eux, Willis par exemple, ont constaté l'alternance entre les deux formes. Dubuisson a fait un pas de plus ; il a établi que les symptômes propres à la mélancolie peuvent se manifester entre les accès de manie périodique et intermittente ; en outre, il a fait ressortir la gravité du pronostic en pareil cas. Nous arrivons maintenant à Esquirol.

Esquirol (1772-1840), en plusieurs endroits de son ouvrage, montre que les faits qui nous occupent ne lui étaient pas inconnus. Non seulement cet observateur parle des transformations de la lypémanie en manie et en monomanie, des alternatives de la manie avec d'autres maladies ; mais encore, il insiste sur la très grande régularité de ces alternatives, quand il dit : « Il n'est pas rare de voir la manie alterner d'une manière très régulière avec la phthisie, l'hypochondrie et la lypémanie[1] ».

C'est là un progrès important de la question, et il n'est pas douteux, comme le prouvent d'ailleurs plusieurs observations citées par lui, que cet illustre aliéniste n'ait souvent observé la folie à double forme ; seulement, il continue, avec ses prédécesseurs, à ne voir dans ces faits que deux maladies différentes déjà connues, et non

[1] *Des maladies mentales*, t. II, p. 170.

une maladie nouvelle, ainsi que l'ont établi plus tard M. Baillarger d'abord, puis Falret père.

Mais, outre la régularité des alternances, Esquirol a bien su juger un autre point ; il a remarqué, dans certains cas du moins, qu'entre la mélancolie et l'accès de manie, il n'y a que de simples rémittences et non des intermittences complètes, comme l'ont cru depuis quelques auteurs. « La rémission dans quelques cas, dit-il[1], n'est que le passage d'une forme de délire à une autre forme; ainsi un aliéné passe trois mois dans la lypémanie, les trois mois suivants dans la manie, enfin quatre mois plus ou moins dans la démence, et ainsi successivement, tantôt d'une manière régulière, tantôt avec de grandes variations. Une dame, âgée de cinquante-deux ans, est un an lypémaniaque et un an maniaque et hystérique. »

On a le droit d'être étonné que, dans le passage précédent, Esquirol admette des périodes de démence ; mais de même que Pinel, sous le terme générique d'idiotisme, décrivait plusieurs formes de folie aujourd'hui mieux classées, il distinguait plusieurs variétés de démence et entre autres une démence aiguë, qui n'est que la stupeur.

M. Baillarger, en son historique de la folie à double forme[2], fait une autre citation d'Esquirol démontrant que, après avoir parlé de la même manière de la succession de la mélancolie avec la phthisie, l'hypochondrie, la démence et la manie, cet auteur a confondu encore plusieurs autres faits qui demandent évidemment à être distingués.

« Quelques heures, quelques jours, quelques mois,

[1] *Des maladies mentales*, t. I. p. 79.

[2] *Leçons sur la folie à double forme*, in *Ann. méd.-psych.*, 1854, p. 373.

avant l'explosion de la manie, il est, dit-il [1], des individus qui sont hypochondriaques, profondément mélancoliques, tandis qu'il en est d'autres qui tombent dans une stupeur profonde, paraissant privés de tout sentiment, de toute idée. Ils sont sans mouvement, ils restent où on les pose, il faut les habiller, porter les aliments à la bouche ; les traits de la face sont crispés, les yeux rouges et brillants. Tout à coup la manie éclate avec tout son délire, toute son agitation. »

N'est-il pas évident, ajoute avec raison M. Baillarger, qu'il n'y a aucune analogie à établir entre les cas où la manie éclate après quelques heures ou quelques jours de tristesse et d'abattement, et ceux dans lesquels cette maladie a été précédée d'un véritable accès de mélancolie, qui s'est prolongé pendant plusieurs mois ?

Toutes ces citations sont une démonstration suffisante que, pas plus que ses prédécesseurs, Esquirol n'a conçu l'idée d'une nouvelle espèce morbide en observant cette alternance régulière des accès de manie et des accès de mélancolie, dans laquelle il ne voyait d'ailleurs qu'une particularité de la marche de la folie. En outre, il lui eût été difficile d'accepter que deux entités morbides, présentant des caractères aussi opposés que la manie et la mélancolie, pussent n'être que les manifestations symptomatiques d'une autre affection mentale, complètement distincte des deux composantes.

Cette idée semble avoir préoccupé le D[r] ANCEAUME, un des élèves d'Esquirol, lorsqu'il a écrit le passage suivant de sa thèse [2] : « Le délire mélancolique est-il susceptible

[1] *Des maladies mentales*, t. II, p. 9.
[2] *De la mélancolie*. Thèse de Paris, 1818, p. 157.

d'être compliqué avec d'autres délires? Je ne le crois pas. Serait-ce avec le délire maniaque? Le délire ne peut être à la fois partiel et général : ces deux états opposés ne sauraient exister simultanément. Il est constant cependant que la manie et la mélancolie affectent quelquefois le même individu, se succèdent alternativement à des intervalles plus ou moins éloignés, réguliers ou irréguliers. Mais ce n'est pas là une complication : *ce sont deux affections de l'esprit qui existent isolément dans des temps différents.* »

Ainsi, point de doute, dit M. Baillarger[1], après avoir cité la dernière phrase de ce passage — la mélancolie et manie sont ici, pour Anceaume comme pour Esquirol, deux affections isolées de l'esprit.

J. Guislain, en son *Traité sur les phrénopathies* paru en 1833, consacre un chapitre aux associations morbides en aliénation mentale. Par là, il n'entend pas seulement l'existence simultanée de différents genres d'aliénation mentale, par exemple l'excitation maniaque chez un mélancolique, mais encore « les métamorphoses que les aliénations subissent, à tout moment, dans la succession de leurs modifications morbides, qui tiennent essentiellement à un changement survenu dans la manifestation fonctionnelle du cerveau. Rarement une maladie mentale conserve, pendant ses différentes périodes, le caractère qu'elle offre à son début; on la voit passer par une infinité de nuances diverses, dans lesquelles on reconnaît parfois toutes les variétés des phrénopathies connues[2]. » Ce principe des métamorphoses que peuvent

[1] *Loco citato*, p. 374.
[2] *Traité sur les phrénopathies*. Bruxelles, 1833, p. 217.

subir les affections mentales est devenu aujourd'hui, pour ainsi dire un lieu commun ; un des exemples les plus frappants qu'on en peut citer, est la transformation du délire des persécutions en délire des grandeurs. Mais voyons l'application que Guislain lui-même fait du principe qu'il s'applique à établir. Cette application n'a pas été heureuse ; car, en multipliant à l'infini les variétés de manie, de mélancolie, de folie, etc., il trouve des associations ou existences simultanées de formes morbides, là où il n'y a, le plus souvent, que des associations de symptômes. Quant aux relations de la mélancolie et de la manie, voici ce qu'on trouve dans son ouvrage[1] : « La mélancolie succède parfois à la manie ; le plus souvent, c'est la manie qui se déclare dans le cours de la mélancolie. Le premier cas est d'un bon augure, le second est loin d'être défavorable... » Guislain, comme on le voit par ce passage, n'avait pas été particulièrement frappé par les faits qui nous occupent.

Vingt ans plus tard, lorsqu'il publia ses *Leçons sur les phrénopathies*, il parle, il est vrai, de l'alternance de la mélancolie avec la manie, mais sans y attacher une importance spéciale. « J'ai pu constater, dit-il[2], la mélancolie alternant avec la manie ; d'autres fois, j'ai observé une fusion complète entre ces deux phénomènes, comprenant à la fois la tristesse et la violence. Je soigne en ce moment un malade qui est mélancolique tous les quatre jours et maniaque le reste du temps. »

En 1845, Griesinger, dans son traité classique des maladies mentales, s'occupe des mêmes faits et ajoute quel-

[1] *Traité sur les phrénopathies*. Bruxelles, 1833, p. 219.

[2] *Leçons orales sur les phrénopathies*. Gand, 1852, p. 132.

ques aperçus nouveaux à ce que l'on connaissait déjà. Voici d'ailleurs les passages du livre de l'éminent aliéniste allemand, qui peuvent nous intéresser[1] :

« La transition de la mélancolie à la manie et l'alternance de ces deux formes sont très ordinaires. Il n'est pas rare de voir toute la maladie consister dans un *cycle* des deux formes qui alternent souvent très régulièrement.

« D'autres observateurs et nous-même avons vu des cas dans lesquels une mélancolie survenue en hiver est remplacée par une manie au printemps, qui, en automne, se transforme de nouveau en mélancolie.

« Les accès de manie avec agitation alternent souvent avec un état de mélancolie. Quelquefois il y a entre ces deux formes une alternance régulière, pour celles par exemple qui débutent à une certaine époque de l'année. D'autres fois, on voit ces accès de manie avec agitation revenir après des intervalles complètement libres, réguliers ou irréguliers, de un, deux, trois ans ou davantage. C'est là une forme fâcheuse de véritable épilepsie psychique qui partage avec l'épilepsie ordinaire la gravité du pronostic...

« ... Il y a, par exemple, des cas de manie qui sont précédés seulement pendant quelques jours d'une grande anxiété, d'inquiétude, d'un état de désespoir. D'autres fois, le stade mélancolique se prolonge pendant toute une année sous une forme moins intense et avec des rémissions plus ou moins rapprochées...

« ... On a déjà indiqué comment l'état mélancolique se transforme en un état maniaque et réciproquement.

[1] *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, 1845, p. 216 et suiv.

En suivant attentivement le développement de la maladie, on peut voir chez les mélancoliques le sentiment d'une anxiété douloureuse s'accroître de jour en jour, se traduire d'abord par une manifestation intérieure d'une sorte d'inquiétude violente qui, continuant toujours à faire des progrès, se transforme enfin en une agitation maniaque complètement caractérisée. »

Griesinger, ainsi qu'on le voit par les extraits précédents de son ouvrage, a souvent observé la transformation de la mélancolie en manie. Comme Esquirol, il est vrai, il a confondu des faits très différents ; ainsi il ne semble établir aucune distinction bien nette entre ceux dans lesquels la manie est précédée de mélancolie pendant quelques jours, et ceux dans lesquels la phase mélancolique se prolonge toute une année.

Mais ce qu'il importe de faire ressortir ici, c'est l'apport de Griesinger à la solution de la question qui fait le sujet de notre travail. Le savant aliéniste allemand n'a point eu, un moment, l'idée de voir là une forme morbide spéciale ; il n'a vu, dans l'alternance de la mélancolie et de la manie, que l'alternance de deux formes distinctes d'aliénation mentale. Toutefois, s'il n'a pas fait le pas que devait faire quelques années après son annotateur, « il faut cependant reconnaître que ce médecin a mieux qu'on ne l'avait fait jusque-là décrit le passage de la mélancolie à la manie ; en outre, il a fait la remarque très juste que les alternatives de la mélancolie et de la manie s'observent surtout chez les malades dont les accès reviennent à certaines époques régulières de l'année. Enfin, nous devons mentionner encore cette comparaison très exacte de la maladie à un *cercle*. L'aliéné, ne sortant de la manie que pour retomber dans la

mélancolie, puis de nouveau dans la manie, et ainsi de suite, indéfiniment, roule en effet dans une sorte de cercle[1] ».

Remarquons aussi cette appellation de « forme fâcheuse de véritable épilepsie psychique », donnée aux accès de manie, revenant après des intervalles libres, plus ou moins prolongés, en un mot aux accès de manie périodique, et la gravité du pronostic que Griesinger tire de cette comparaison même. Cela peut s'appliquer tout aussi bien, comme nous le verrons plus loin, aux accès de folie à double forme.

Mais ce qui devait frapper dans les faits qui nous occupent, c'est la révolution cyclique (Alexandre de Tralles avait déjà employé le terme *circuitus*) des accès de manie et de mélancolie. Ce caractère qui, comme nous venons de le voir, n'avait pas échappé à Griesinger, devait conduire Falret à créer, à côté du type intermittent ou périodique que la folie présente dans sa marche, un type particulier distinct du précédent et qu'il a désigné sous le nom de type ou de forme *circulaire*. Voici comment cet éminent aliéniste s'exprimait à ce sujet dans des leçons faites à l'hospice de la Salpêtrière et publiées en 1851[2] :

« .... Mentionnons aussi, en passant, un autre cas d'intermittence qui se remarque entre la période d'affaissement et la période d'excitation de la *forme circulaire des maladies mentales*, sur laquelle nous insisterons tout à l'heure...

« Dans une classification naturelle, chaque forme devrait avoir sa marche nettement déterminée et ne pas

[1] Baillarger, *loc. cit.* p. 375.
[2] *Gazette des hôpitaux*, n° du 14 janvier 1851.

pouvoir se transformer en une autre. Il n'en est pas ainsi dans l'état actuel de la science. On voit assez souvent la manie remplacer la mélancolie, ou réciproquement. On voit également des moments de mélancolie survenir dans le cours d'une agitation maniaque, et fréquemment de véritables accès de manie interrompre la marche de l'aliénation partielle. Cette transformation naturelle de l'aliénation partielle en aliénation générale, c'est-à-dire en forme plus curable, nous a fait de tout temps songer à une application thérapeutique. Nous avons cherché, à l'aide des excitants cérébraux, à opérer une transformation du même genre, en vue d'obtenir la guérison. Malheureusement, dans l'immense majorité des cas, la folie naturelle reparaît aussitôt après la disparition de la folie artificielle; de même que la raison revient chez l'homme sain d'esprit après le délire produit par des poisons ou des liqueurs enivrantes.

« Il est une forme spéciale que nous appelons circulaire, et qui consiste, non, comme on l'a dit fréquemment, dans l'alternative de la manie et de la mélancolie, séparées par un intervalle lucide plus ou moins prolongé, mais dans le roulement de l'exaltation maniaque, simple suractivité des facultés, avec la suspension de l'intelligence. Une période d'excitation alterne avec une période d'affaissement ordinairement plus longue. Il n'y a généralement ni véritablement aliénation partielle, ni aliénation générale; c'est en quelque sorte le fonds de chacune de ces formes, sans leur relief. Chose remarquable ! chacun de ces deux états pris à part est plus curable que les manies ou les mélancolies ordinaires, et leur réunion constitue toujours une forme toujours incurable des maladies mentales. »

Dans les citations que nous venons de faire, se trouvent implicitement les principaux éléments constituant la nouvelle espèce morbide. Comme Griesinger, Falret admet une forme circulaire des maladies mentales, consistant dans l'alternance de la manie et de la mélancolie ; seulement, dans ce cas, ces deux espèces morbides se présentent avec des caractères particuliers. En outre, Falret fait ressortir, comme l'auteur allemand, la gravité du pronostic de cette nouvelle forme de maladies mentales. Faisons remarquer enfin que, à ce moment, il n'admettait pas entre les deux phases une intermittence lucide.

Ce sont là, on ne saurait en douter, des faits d'une grande importance; mais il est incontestable qu'ils en auraient acquis une plus grande encore si leur description, au lieu d'être placée dans un chapitre sur la marche de la folie, avait été faite dans la partie du cours consacrée à la pathologie spéciale, où cette forme circulaire des maladies mentales aurait dû être naturellement classée à côté des autres espèces morbides admises par l'auteur.

En 1852, M. le Dr Billod publiait un intéressant travail sur les intervalles dits lucides chez les aliénés[1]. Il s'y trouve une description de la folie à double forme, telle qu'on la comprend aujourd'hui; mais sans que l'auteur fasse ressortir l'importance de cette alternance des deux formes, manie et mélancolie. Voici ce passage de l'article de M. Billod :

« ... La manie est bien plus rarement intermittente qu'on ne le pense généralement. Assez souvent, il est

[1] *Annales méd.-psych.*, 1852, p. 364

vrai, on voit des individus présenter, à des intervalles plus ou moins réguliers, des pertubations avec exaltation de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. Ces troubles ont une durée variable et paraissent, après une certaine période, cesser complètement. Mais pour un observateur attentif, l'état mental qui leur succède est loin d'être un état absolument normal. Assez ordinairement alors, on observe une teinte de mélancolie que rien ne justifie, car elle ne repose que bien rarement sur la conscience que le malade pourrait avoir de la gravité de sa position et sur les craintes que pourrait lui inspirer le retour de son accès, cette conscience et ces craintes lui faisant, la plupart du temps, heureusement défaut.

« Nous croyons aussi qu'il se produit alors quelques troubles de la sensibilité et de l'intelligence qui restent intérieurs et inaperçus, tant parce que les malades n'en ont pas conscience, que parce qu'ils sont peu expansifs et semblent concentrer en eux-mêmes ce qu'ils éprouvent... [1] »

Et à l'appui de ce qu'il avance, M. Billod rapporte plusieurs observations qui sont de véritables types de folie à double forme et que nous citons dans le cours de cet ouvrage.

Avant d'aller plus loin, il n'est peut-être pas sans intérêt de résumer en quelques lignes les renseignements que nous a donnés jusqu'ici l'exploration, faite avec soin, des documents fournis par la littérature médicale, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. En parcourant les textes que nous avons cités, on voit que, de tout temps, on a admis

[1] *Annales méd.-psych.*, 1852, p. 366.

que la manie pouvait succéder à la mélancolie, et que la première de ces deux affections devait alors être considérée comme une sorte de terminaison de la seconde. Alexandre de Tralles avait indiqué, il est vrai, le retour périodique de l'accès maniaque dans les cas de mélancolie chronique; mais ce n'est qu'à partir de Thomas Willis qu'on voit apparaître l'idée de l'alternance des deux formes. Cette idée, presque tous les manigraphes du dix-huitième siècle et du commencement du dix-neuvième l'acceptent, sans cependant en saisir l'importance nosologique. Nous arrivons à Esquirol ; cet illustre aliéniste vient apporter à la question un nouvel élément, c'est celui de la régularité des alternances. Cette régularité est comparée à un *cycle* par Griesinger et par Falret à un cercle; d'où le nom de *forme circulaire* des maladies mentales donné par ce dernier observateur aux faits que nous étudions.

Mais, au point où nous sommes arrivé de notre historique, aucun des auteurs cités n'a eu l'idée de faire de cette alternance de la mélancolie et de la manie une espèce, une entité morbide, distincte à la fois et de la manie et de la mélancolie, ayant des caractères propres, sa marche, sa symptomatologie, etc. Il nous faut arriver à l'année 1854, au travail lu, sur ce sujet, à l'Académie de médecine par M. Baillarger[1] et aux polémiques qu'il souleva, pour avoir des vues nettes et bien déterminées de la folie à double forme en tant que type morbide bien établi.

Le mémoire de M. Baillarger a pour titre : « Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par

[1] *Bulletin de l'Acad. de méd.*, Séance du 31 janvier 1854, t. XIX, p. 340.

deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation. » Se basant sur sept observations, les unes personnelles, les autres empruntées à différents auteurs, le savant aliéniste s'applique à bien faire apprécier les caractères de la nouvelle maladie mentale, à laquelle il donne le nom de folie à double forme.

Après avoir bien établi ce qu'il faut entendre par accès, c'est-à-dire la réunion des deux périodes d'excitation et de dépression se suivant sans intermittence, M. Baillarger cherche à expliquer ces cas où l'on a admis une prétendue intermittence entre les deux phases, il démontre que celle-ci n'est pas un retour complet aux anciennes habitudes et qu'il y a là plutôt une question de nuances. Il fait ensuite ressortir les différents types que peut présenter la maladie dans sa marche, indique certains caractères particuliers, certains symptômes prédominants, tels que la nymphomanie, le satyriasis et la dipsomanie, qui peuvent se présenter durant la période d'excitation, et termine par les conclusions suivantes, que nous croyons devoir reproduire textuellement :

« 1° En dehors de la monomanie, de la mélancolie et de la manie, il existe un genre spécial de folie caractérisée par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation ;

« 2° Ce genre de folie se présente : 1° à l'état d'accès isolés ; 2° se reproduit d'une manière intermittente ; 3° les accès peuvent se succéder sans interruption ;

« 3° La durée des accès varie de deux jours à une année ;

« 4° Quand les accès sont courts, la transition de la première à la seconde période a lieu d'une manière brusque et ordinairement pendant le sommeil. Elle se

fait au contraire très lentement et par degrés quand les accès sont prolongés.

« 5° Dans ce dernier cas, les malades semblent entrer en convalescence à la fin de la première période ; mais si le retour à la santé n'est pas complet après quinze jours, un mois, six semaines au plus, la seconde période éclate [1]. »

Cette communication de M. Baillarger, en rendant explicite ce qui, pour plus d'un esprit, n'était qu'implicite, devait devenir le point de départ de discussions importantes et même le sujet de réclamations de priorité.

Falret, dont nous avons cité plus haut des passages importants d'une de ses leçons consacrée à l'étude de la marche des maladies mentales, publia, quelques jours après la lecture du mémoire de M. Baillarger à l'Académie de médecine, un tirage à part de son cours professé à l'hospice de la Salpêtrière. Dans cette nouvelle édition de son enseignement, on trouve les idées, exprimées dans les citations que nous avons rapportées plus haut, plus développées, et l'on y voit apparaître pour la première fois les termes de *folie circulaire*, en lieu et place de ceux de *forme circulaire des maladies mentales*, qui se trouvent dans la *Gazette des hôpitaux*. Nous disons que Falret a donné plus de développement à son idée : cela se rapporte surtout au dernier paragraphe de notre citation qui, ici, a pris une grande importance. Voici d'ailleurs la nouvelle rédaction du passage dont nous parlons [2] :

[1] *Bulletin de l'Acad. de méd.*, séance du 31 janvier 1854, t. XIX, p. 352.

[2] *Leçons cliniques de médecine mentale*, Ire partie, Symptomatologie générale. Broch. in-8°, Paris, 1854, p. 249.

« La transformation de la manie en mélancolie, et réciproquement, a été signalée, dans tous les temps, comme un fait accidentel ; mais on n'a pas assez remarqué, ou du moins on n'a pas dit d'une façon expresse, qu'il existe une certaine catégorie d'aliénés chez lesquels cette succession de la manie et de la mélancolie se manifeste avec continuité et d'une manière presque régulière. Ce fait nous a paru assez important pour servir de base à une forme particulière de maladie mentale que nous appelons *folie circulaire*, parce que l'existence de ce genre d'aliénés roule dans un même cercle d'états maladifs qui se reproduisent sans cesse, comme fatalement, et ne sont séparés que par un intervalle de raison d'assez courte durée. Faisons remarquer toutefois que les deux états, dont la succession continuelle constitue la folie circulaire, ne sont, en général, ni la manie ni la mélancolie proprement dites, avec leurs caractères habituels ; c'est en quelque sorte le fond de ces deux espèces de maladie mentale sans leur relief. D'une part, il n'y a pas incohérence d'idées, comme dans la manie, mais simple exaltation maniaque, c'est-à-dire activité extrême des facultés avec besoin incessant de mouvement et désordre très marqué dans les actes ; d'autre part, il n'y a pas lésion restreinte de l'intelligence et prédominance de certains délires bien déterminés, comme dans les mélancolies ordinaires, mais dépression physique et morale portée quelquefois jusqu'à la suspension complète des facultés intellectuelles et affectives. Cette période d'affaissement de la folie circulaire est ordinairement plus longue que la période d'exaltation maniaque. Chose remarquable ! ces deux variétés de la manie et de la mélancolie, qui, prises isolément, sont

ordinairement plus curables que les autres, présentent la plus grande gravité lorsqu'elles se trouvent réunies pour former la folie circulaire. Jusqu'ici nous n'avons vu que des rémissions plus ou moins notables dans le cours de cette affection ; jamais nous n'avons observé ni de guérison complète, ni même d'amélioration durable. »

Cette page devait recevoir de plus grands développements encore dans un travail lu à l'Académie de médecine, quinze jours après la communication faite par M. Baillarger, et que Falret a intitulé : « Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé[1] ».

Après quelques considérations générales sur la folie intermittente et la folie rémittente, Falret aborde la description de la folie circulaire. Pour lui, l'accès de cette forme de folie est constitué par la réunion de trois périodes : l'état maniaque, l'intervalle lucide et l'état mélancolique. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette manière d'envisager l'accès de folie à double forme ; nous y reviendrons dans un autre chapitre. Ce qui importe pour le moment, c'est de faire connaître les apports faits par l'auteur à la constitution de la nouvelle espèce morbide. Outre une description, pour ainsi dire magistrale, de l'état d'excitation et de l'état de dépression, Falret a eu le mérite de faire ressortir l'importance de l'hérédité pour la production de cette forme de folie, sa plus grande fréquence chez la femme que chez

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 14 février 1854, t. XIX, p. 382.

l'homme, enfin le pronostic fâcheux que l'on est obligé de porter sur son issue.

D'après l'analyse sommaire que nous venons de donner du travail de Falret, on peut voir que ce que cet auteur entend par folie circulaire ne constitue qu'une des variétés du type morbide créé par M. Baillarger; c'est-à-dire celle dans laquelle les accès peuvent se succéder sans interruption. Seulement, M.Baillarger n'accepte, pas plus dans ce cas que dans les autres, l'intervalle lucide que Falret place entre les deux périodes de l'accès. C'est là d'ailleurs le point que M. Baillarger s'est surtout appliqué à faire ressortir dans sa réponse à la lecture de Falret.

Après l'exposé que nous venons de faire, après les textes que nous avons cités, est-il utile de discuter les réclamations de priorité qu'a soulevées la lecture, à l'Académie de médecine, du mémoire de M. Baillarger? Nous serions incomplet si nous ne faisions connaître l'impression qui, à notre avis, ressort de l'étude précédente.

Falret, cela est incontestable, frappé, comme un grand nombre d'auteurs, des alternatives régulières de la manie et de la mélancolie, vit là une forme spéciale de la marche des maladies mentales, qu'il appelle d'abord forme circulaire. Il indiqua l'incurabilité de cette forme, les modifications que subissent dans ce cas la manie et la mélancolie, l'influence qu'y joue l'hérédité, puis enfin montre que généralement l'état mélancolique est plus long que l'état maniaque.

Mais il n'est pas moins incontestable que M. Baillarger a, le premier, nettement établi que la manie et la mélancolie peuvent, en certains cas, être soudées l'une à

l'autre, si je puis m'exprimer ainsi, et constituer alors « une unité morbide nouvelle, composée de deux périodes, comme l'accès de fièvre intermittente est une unité morbide formée de trois stades ». Cet accès n'appartient ni à la manie, ni à la mélancolie, mais à un nouveau genre de folie que, d'après son principal caractère, M. Baillarger a désigné sous la dénomination de *folie à double forme*. Mais cet auteur ne s'est pas arrêté là ; après avoir bien établi l'existence de ces accès, il a recherché, d'après les faits, la manière dont ils peuvent se combiner, et il a montré qu'ils se présentent soit d'une façon isolée, soit d'une manière intermittente, ou même qu'ils se succèdent sans interruption. Dans cette dernière catégorie seulement, nous le répétons, rentrent les cas décrits par Falret sous le nom de folie circulaire.

Après avoir ainsi, d'une façon impartiale, croyons-nous, rendu à chacun ce qui lui est dû, nous devons cependant conclure de tout ce débat que les travaux de M. Baillarger et de Falret ont définitivement créé la nouvelle espèce morbide et que, s'il reste beaucoup à faire dans cette voie, ces auteurs n'en ont pas moins fourni des documents de la plus haute importance sur la symptomatologie, l'étiologie, la marche, etc., de cette intéressante affection mentale.

Notre tâche serait incomplète si nous nous arrêtions ici. Il ne suffit pas, en effet, d'indiquer la manière dont les anciens interprétaient les faits de folie à double forme, ni comment on a été amené à instituer cette nouvelle entité morbide ; il nous faut aussi rechercher comment celle-ci a été accueillie par les spécialistes. Elle a dû, comme toute découverte nouvelle, avoir ses détrac-

teurs et ses partisans. Nous allons essayer de les passer tous en revue, et nous verrons que, parmi ceux qui nient, il en est qui n'acceptent pas la réalité des faits et d'autres qui, tout en l'acceptant, interprètent ces faits d'une manière toute différente.

Nous n'indiquerons pas toutes les observations qui ont commencé à paraître dès le lendemain, pour ainsi dire, de la publication des mémoires de M. Baillarger et de Falret. Ce n'est pas le moment de citer des faits, quelque intéressants qu'ils puissent être ; ils trouveront place pour la plupart dans le courant de ce travail. Mais ce qu'il est important de faire connaître ici, ce sont les théories.

Un des premiers auteurs qui aient parlé avec quelques détails de la folie à double forme, est M. le Dr Billod. Cet auteur qui — nous l'avons vu plus haut — avait indiqué, dans un travail publié en 1852, l'importance des alternatives régulières de manie et de mélancolie qui se présentent chez certains aliénés, revient sur cette même question dans un savant mémoire sur les *Diverses formes de lypémanie*, lu à la Société médico-psychologique, en 1856[1]. Nous y trouvons sur le sujet qui nous occupe, la page suivante qu'il nous semble utile de reproduire :

« La lypémanie avec réaction de tristesse, dit M. Billod, peut alterner avec des accès de manie, et constituer la folie appelée *circulaire* par M. Falret, et à *double forme* par M. Baillarger, et qui serait mieux nommée, je crois, *folie à double phase*. Nous croyons pouvoir, en effet, ex-

[1] *Ann. médico-psychol.*, 1856, p. 333.

primer l'opinion que dans cette forme d'affection, la lypémanie est la forme principale, et que la phase de manie n'est que le produit de la réaction de la phase mélancolique. Nous pensons que les lypémanes qui, de temps à autre, éclatent en manie, sont dans le cas de ces autres lypémanes dont nous avons parlé plus haut, et qui se livrent par intervalle à des accès de colère factice, comme pour détendre leurs nerfs en état de saturation de fluide. Nous nous croyons aussi fondé à admettre que si, pour la phase de manie, le système nerveux s'est débarrassé d'un excès d'innervation, l'émission a pu aller au delà de la quantité excédante, et que, par suite la dépression a dû succéder à l'excitation.

« Quoi qu'il en soit de cette explication que je reconnais être hypothétique, il me paraît impossible de ne pas admettre l'enchaînement et la solidarité qui unissent entre eux les deux modes de manifestations, et qui en font bien plutôt une même affection que deux maladies distinctes et alternantes.

« Nous avons, nous aussi, observé plusieurs exemples de ce genre d'affection, et nous n'avons jamais manqué d'appeler l'attention de nos internes sur la double manifestation qui les caractérise, et qui, dans certains cas, affectait une marche parfaitement régulière. Il y avait, par exemple, à l'asile de Rennes une pensionnaire chez laquelle la manie alternait de deux jours l'un avec la lypémanie.

» Chez un malade de l'asile de Blois, les alternatives oscillaient entre quinze jours et un mois, et, ce qui me semble démontrer qu'il y a solidarité, ou plutôt subordination des deux phases l'une à l'autre, c'est que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la manie était d'autant plus

intense que la lypémanie s'était accompagnée d'une réaction de tristesse plus profonde et plus prolongée. »

M. Billod, après avoir fait quelques réserves et donné un essai d'explication qu'il reconnaît lui-même être hypothétique, admet, on le voit, la solidarité qui unit entre eux, dans certains cas, la manie et la mélancolie, et qui en fait deux phases d'une même affection. Quant à la règle qu'il établit : que la manie est d'autant plus intense que la lypémanie a été plus profonde, elle n'est pas absolument vraie et subit de bien nombreuses exceptions, comme nous le verrons dans la suite.

Morel, dans son *Traité des maladies mentales* paru en 1859, n'accorde à la folie à double forme aucune place spéciale dans sa classification. « Je ne puis, pour ce qui me regarde, dit-il[1], accepter pour des formes distinctes, pour des genres spéciaux, des situations pathologiques qui sont observées dans toutes les variétés de folie en général. » Mais ce rejet, Morel a cherché à nous l'expliquer. Exposons en peu de mots les raisons qu'il en donne.

La folie à double forme, de même que la folie circulaire, ne constituent pour lui que des phénomènes d'alternance auxquels peut être soumise «l'évolution des symptômes qui caractérisent la marche et le développement des maladies mentales ». Après avoir exposé les faits, il se pose la question suivante : Comment est-il possible d'interpréter l'alternance des symptômes, et de ramener ces périodes d'alternance à leur véritable origine ? Pour répondre à cette question, Morel évite de se placer sur

[1] *Traité des maladies mentales*. Paris, 1859, p. 477.

le terrain des théories et des hypothèses. « Je veux seulement, dit-il, en signalant les circonstances maladives dans lesquelles on observe des périodes d'alternance, d'intermittence et de rémission dans les affections mentales, restituer à ces phénomènes leur véritable caractère symptomatique, établir leur relation avec la marche, le développement et la terminaison de la folie, et les ramener à leur origine réelle, en démontrant qu'ils se produisent plutôt dans telle variété de folie que dans telle autre. Je désire prouver, en dernière analyse, qu'il n'y a en réalité, dans l'observation du fait, aucune des conditions requises pour en faire un genre spécial, une variété particulière d'aliénation mentale [1]. »

Ces principes posés, Morel s'applique à rechercher les circonstances maladives des phénomènes qu'il étudie. Il constate d'abord la fréquence de l'alternance dans les aliénations héréditaires. « Je connais, dit-il [2], des malades appartenant à cette catégorie, et qui, sans avoir été jamais isolés dans aucune maison de santé, éprouvent, à des époques régulières, et pour des causes qui reviennent d'une manière périodique, des troubles singuliers dans leurs fonctions nerveuses. Ce sont des dépressions extrêmes de la sensibilité, alternant avec une exaltation très grande dans la même fonction. L'irritabilité naturelle des malades est plus vive, toutes les manifestations sensoriales s'exécutent d'une manière plus douloureuse. Quelques-uns de ces êtres névropathiques et prédisposés à l'aliénation se signalent, dans ces circonstances, par un dégoût presque insurmontable de l'existence, par la persistance presque fatigante de *cer-*

[1] *Traité des maladies mentales*, Paris, 1859, p. 478.
[2] *Idem*, p. 479.

taines idées fixes, dont les unes ne sont que ridicules et absurdes, mais dont les autres plongent, par leur caractère atroce, abominable, ces malheureux dans la plus grande perplexité.....

« Dans nos asiles, ce sont les malades appartenant à la classe si nombreuse des *aliénations héréditaires* qui nous offrent les caractères les plus saillants de l'alternance, de l'intermittence, de la périodicité et de la rémission. On ne s'étonnera pas de voir les mêmes phénomènes se produire dans les folies épileptique et hystérique..... »

Nous reconnaîtrons plus loin la vérité de ce qu'avance Morel dans les passages précédents ; la folie à double forme est, en effet, une des formes d'aliénation mentale les plus héréditaires. Nous verrons aussi que ce qu'il dit quant aux folies hystérique et épileptique se vérifie par l'observation ; ces deux genres de folie sont souvent associés à la folie à double forme.

Enfin, Morel signale les rapports dans lesquels se trouvent les phénomènes d'alternance, de périodicité, d'intermittence, etc., avec des lésions ou des maladies spéciales de l'organisme, ou bien encore avec des influences extérieures qui dominent la situation des aliénés. Parmi les lésions ou les maladies spéciales de l'organisme, il indique entre autres les maladies du cœur, un dérangement spécial des fonctions digestives, la phthisie, le ramollissement cérébral, etc. ; au nombre des influences extérieures qui peuvent dans ces cas agir sur les aliénés, Morel classe, après Esquirol, les saisons. Ce dernier point est exact ; car on observe certains malades qui sont mélancoliques en hiver et maniaques en été, et réciproquement.

Parmi les auteurs qui, depuis Morel, ont publié des traités spéciaux sur l'aliénation mentale, les uns considèrent la folie à double forme comme une maladie spéciale et la décrivent avec soin ; d'autres au contraire n'en font mention que d'une façon épisodique, au chapitre consacré à la marche de la folie, par exemple.

Marcé est au nombre des premiers ; dans sa classification de la folie, il place la folie à double forme dans le groupe des vésanies associées entre elles. Dans sa pathologie spéciale, il consacre un chapitre à la description succincte de cette forme d'aliénation mentale[1].

M. Dagonet, dans son *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales* publié la même année que celui de Marcé (1862), parle en plusieurs endroits de la folie à double forme, mais toujours d'une manière incidente. D'abord, il en dit quelques mots à propos de la folie intermittente dans le chapitre où il étudie les différentes terminaisons, le pronostic, etc., de l'aliénation[2]; puis, plus loin, dans le chapitre de la manie et au paragraphe qui traite de la marche et de la terminaison de cette forme de folie, il en donne une très courte description[3]. Mais il ne la fait nullement entrer dans sa classification des maladies mentales.

Nous trouvons la même réserve dans la seconde édition que M. Dagonet a donnée, en 1876, de son ouvrage, sous le titre de *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*. Quoique le savant médecin de l'asile Sainte-Anne ait enrichi sa classification d'une

[1] *Traité pratique des maladies mentales*, Paris, 1862, p. 339.

[2] *Traité élément. et pratique des maladies mentales*, Paris, 1862, p. 114.

[3] *Idem*, p. 276.

forme nouvelle, la folie impulsive[1], il n'a pas cru devoir y donner droit de cité à la folie à double forme et il en laisse la description, toute incidente, aux endroits précédement indiqués.

Mais, avant la publication de ces traités, une thèse importante sur ce sujet avait été soutenue, en 1861, à la Faculté de médecine de Paris, par M. le Dr Ernest Geoffroy, interne à la maison de Charenton[2]. Ce travail écrit sous l'inspiration de M. Baillarger, est un résumé complet de tout ce qu'on connaissait sur la question à cette époque ; il contient en outre une trentaine d'observations dont quelques-unes sont d'une réelle importance.

La folie à double forme étant désormais considérée par tous les aliénistes, sauf de rares exceptions, comme une espèce morbide distincte, sa description devait naturellement trouver place dans les deux dictionnaires de médecine en cours de publication. Aussi trouve-t-on, dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*[3], un article sur cette maladie, dû à la plume si compétente de M. Ach. Foville fils, et nous avons été chargé de celui qui a été inséré dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*[4].

Nous aurons complété la nomenclature des travaux français sur la question, lorsque nous aurons cité le travail, non encore terminé, que M. Jules Falret a récemment inséré dans les *Archives générales de médecine*[5].

[1] *Nouveau traité élémentaire des maladies mentales*, Paris, 1876, p. 171.

[2] *De la folie à double forme*. Thèse de Paris, 1861.

[3] Art. *Folie à double forme*, t. XV, Paris, 1872. p. 321.

[4] Ritti, art. *Folie à double forme*, t. III (4e série), Paris, 1878, p. 321.

[5] *La folie circulaire, ou folie à formes alternes*, in *Arch. gén. de méd.*, nos de décembre 1878 et janvier 1879.

Les médecins aliénistes étrangers semblent avoir mis du temps à accepter les résultats des travaux de nos compatriotes. Ainsi Griesinger, dans la deuxième édition de son *Traité des maladies mentales*, publiée en 1861, se contente, à la suite d'une phrase où il parle de la transformation de la manie en mélancolie, d'ajouter la mention suivante : « Le nom de « folie circulaire » a été employé pour la première fois par M. Falret (1851), qui a également mis en relief l'extrême gravité de cette forme mentale. M. Baillarger *(Ann. méd.-psych.,* 1854) s'est efforcé de montrer que dans la folie circulaire il n'y a pas deux accès différents, l'un de mélancolie et l'autre de manie, mais que ce sont deux périodes d'un seul et même accès de folie (se fondant principalement sur ceci, qu'il n'y a pas entre la mélancolie et la manie une rémission complète). Cet auteur donne à la maladie le nom de « folie à double forme[1] ».

Dans un livre publié en 1874, M. Maudsley a donné une description succincte de la folie circulaire, qu'il range, on ne sait pourquoi, dans la folie morale. Le tableau qu'il donne de la phase d'excitation et de celle de dépression, est très exact. Qu'on en juge.

« Des auteurs français, dit le savant aliéniste de Londres[2], ont donné le nom de *folie à double forme*, *folie circulaire*, à une forme de folie bien marquée dont le trait caractéristique est l'alternance de l'exaltation et de la dépression. Les symptômes principaux consistent dans le désordre des sentiments moraux, et, suivant les

[1] *Traité des maladies mentales*. Trad. Doumic, Paris, 1865, p. 275.

[2] Maudsley, *Le crime et la folie*, traduction française. Paris, 1874, p. 166.

cas, les deux états qui alternent, l'exaltation et la dépression, varient en degré et en intensité. Dans l'exaltation, le malade est comme une personne à moitié ivre ; il est loquace, vaniteux, querelleur, jamais las de parler de lui et des merveilles dont il est capable. Il fait des choses auxquelles il n'aurait jamais songé quand il était dans son bon sens ; il se jette dans des projets de réforme politique et de réforme sociale ; il se lance dans des spéculations commerciales tout à fait étrangères à son caractère et à ses habitudes. Ses mœurs se dépravent tristement : jusqu'alors modeste, sincère et chaste, il est désormais vaniteux, menteur et adonné à tous les excès. Il témoigne l'indifférence la plus complète pour les sentiments de ses parents et de ses amis, fréquente mauvaise compagnie, foule aux pieds toutes les bienséances sociales ou domestiques, supporte impatiemment toute ingérence dans sa conduite et s'irrite de la plus légère remontrance. Néanmoins, il n'y a chez lui ni délire ni incohérence réelle de la pensée ; il est capable de trouver les raisons les plus plausibles pour justifier sa conduite ; son habileté à présenter les choses à son avantage soit en niant, soit en exagérant ou en altérant les faits, est même fort remarquable. Son caractère a subi la plus complète transformation qui se puisse imaginer.

« Cet état d'exaltation peut durer des mois entiers ; puis, soit immédiatement, soit après un intervalle plus ou moins long de retour à la raison, le malade passe à l'état opposé, à l'état de dépression mélancolique. Quel contraste alors avec l'homme d'autrefois ! Silencieux et abattu, repentant et honteux de ce qu'il a fait dans son exaltation passée, en profonde défiance de lui-même, il se refuse à toute initiative, il est incapable de remplir

les devoirs les plus simples. Une vague tristesse le domine et il ne peut plus voir le monde ; parfois même il garde le lit ; il est hanté par des velléités de suicide ou va jusqu'à tenter de se détruire. Entre ces deux états, l'exaltation et la dépression, il peut n'y avoir aucun intervalle lucide et le passage de l'un à l'autre se fait directement ; mais il peut aussi se produire un intervalle de sanité d'une durée variable. Cet intervalle vient généralement après l'exaltation et précède la dépression ; mais quelquefois c'est l'inverse. Le retour périodique des conditions contraires indique une forme tout à fait défavorable de la maladie. Après s'être intercalé pendant quelque temps, l'intervalle lucide devient moins marqué ; le phénomène perd sa régularité, et les facultés mentales déclinent constamment. »

Mais ce sont surtout les savants allemands qui, dans ces dernières années, ont apporté la contribution la plus large à l'étude de la folie à double forme. Nous citerons surtout les travaux suivants :

1° Un article des *Archives de Psychiatrie* (1874), par le professeur Ludwig Meyer, intitulé : *Des maladies mentales circulaires*. L'auteur s'applique à élucider un certain nombre de points sur lesquels nous aurons occasion de revenir ; en outre, il cherche à établir que la folie à double forme est due à des troubles trophiques ;

2° Ludwig Kirn, dans un travail intéressant sur les *psychoses périodiques* (*Die periodischen Psychosen*. Stuttgart, 1878), consacre un chapitre à ce qu'il appelle la psychose cyclique, c'est-à-dire la folie circulaire, et publie en outre une série d'observations, venant à l'appui des opinions qu'il émet ;

3° Enfin, rappelons l'article que le professeur Krafft-Ebing a inséré dans son récent traité des maladies mentales *(Lehrbuch der Psychiatrie.* Stuttgart 1879-1880) et qui traite de la folie circulaire. Comme Kirn, il classe cette affection au nombre des folies périodiques.

Ici s'arrête ce long voyage à travers les livres ; il est temps d'aborder le terrain de la clinique, d'arriver à la description des symptômes divers que présentent les deux phases de la maladie, d'étudier son évolution, de rechercher ses causes, etc. Pour tout cela, nous avouons que nous ferons souvent appel aux documents que nous ont fournis nos recherches d'érudition ; mais, autant que possible, nous nous efforcerons de traduire surtout ce que nous avons vu nous-même et de contrôler les assertions des auteurs par notre propre observation.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE. — I. PÉRIODE DE DÉPRESSION.

La folie à double forme est, suivant la définition donnée au commencement du chapitre précédent, constituée par des accès présentant chacun deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation. Décrire les symptômes tant physiques que somatiques de la dépression d'un côté et de l'excitation de l'autre, tel est l'objet de ce chapitre et du chapitre suivant.

PÉRIODE DE DÉPRESSION

La période de dépression ne se présente pas avec des caractères identiques dans tous les cas de folie à double forme. L'observation nous apprend qu'il existe divers degrés de cette période ; que, parmi les malades, les uns ne manifestent que les symptômes d'une sorte de dépression des forces physiques et intellectuelles, que d'autres,

au contraire, ont un véritable délire mélancolique qui peut aller parfois jusqu'à la stupeur.

Nous aurons donc à décrire les trois degrés suivants :

1° Etat de dépression mélancolique;

2° Délire mélancolique;

3° Mélanolie avec stupeur.

1° *État de dépression mélancolique.*

Cet état est surtout caractérisé par le fond même de la mélancolie simple; les malades ont l'extérieur de la tristesse, sans avoir de conceptions délirantes tristes. Ils sont affaissés, déprimés et disposés à l'immobilité ; généralement ils ne se livrent au mouvement que contraints et forcés, aussi les trouve-t-on le plus souvent couchés. Lorsqu'on les force à se lever, ils vont s'asseoir dans un coin, où ils ne pourront être dérangés et y restent toute la journée sans bouger, tant est grande leur tendance à l'immobilité. Quelquefois, mais rarement, on en voit qui se livrent à quelque légère occupation, ainsi certaines femmes tricotent ou font de la charpie ; mais la lassitude vient vite et ce travail donne peu de résultats.

Le visage présente le masque de la tristesse, quelquefois celui de l'ennui ; les traits sont contractés, les sourcils froncés, le regard ordinairement abaissé vers la terre. La figure, ainsi immobile et insensible, ne s'anime pas lorsque le malade prend la parole ; dans ce cas, il remue à peine les lèvres. S'il répond aux questions qu'on lui adresse, c'est à voix basse ; une de mes malades cherche alors à ébaucher un sourire et sa face devient grimaçante.

Malgré la tendance au mutisme qu'ont ces malades,

on arrive à force d'insistance à se rendre compte de l'état de leurs fonctions intellectuelles et morales. Pour les premières, c'est une sorte d'obnubilation qui prédomine; quant aux affections morales, elles atteignent un degré complet d'indifférence. Ce qui surnage dans ce naufrage momentané de l'être psychique, c'est une sorte de constante préocupation de soi-même, qui rend insensible à tout ce qui est extérieur, mais qui détruit en même temps toute espèce de force de réaction.

Pour compléter ce tableau, je ne saurais mieux faire que d'emprunter les lignes suivantes à M. Jules Falret :

« Dans le premier degré de la maladie, dit ce savant aliéniste[1], ces malades parlent encore assez volontiers et alors ils ne cessent pas de se plaindre de leur pénible état et de leurs souffrances physiques et morales. Ils sont les plus malheureux des hommes, disent-ils; ils ont perdu toute leur activité physique et morale, et ils ont conscience de cette insuffisance de leurs forces physiques et intellectuelles.

« Ils ne sont plus capables de rien, ajoute-t-il, et ils souffrent un véritable martyre. Ils n'ont plus ni sentiment ni affection pour leurs parents ni pour leurs enfants. Ils sont devenus insensibles à tout, et la mort même des personnes qui leur étaient chères les laisserait absolument indifférents et froids. Ils ne peuvent plus pleurer et rien ne les émeut en dehors de leurs propres souffrances. Ils accusent un malaise indéfinissable, un sentiment général de fatigue et d'incapacité physique et morale; le moindre mouvement leur coûte et leur est pénible. Ils ne peuvent plus vouloir. Ils manquent complètement de dé-

[1] *La folie circulaire ou folie à formes alternes*, in *Arch. gén. de méd.*, décembre 1878, p. 644.

sir et d'impulsion. Ils resteraient des heures entières dans la même attitude et la même immobilité, sans pouvoir se décider à rien. Tout leur est à charge. Ils ne peuvent plus s'occuper et négligent tous leurs devoirs de famille, ainsi que ceux de leur profession. Leur intelligence est ralentie dans son mouvement et obscurcie dans la netteté de ses conceptions. Ils n'ont presque plus d'idées et ne peuvent plus penser. Toute réflexion et toute conversation leur demandent un grand effort et deviennent pour eux une fatigue qu'ils cherchent à éviter à tout prix. »

De tels malades, lorsqu'ils sont placés dans des établissements d'aliénés, c'est-à-dire soumis à la règle commune, sont propres, se vêtissent et se nourrissent convenablement ; il est vrai qu'il faut, pour arriver à ces résultats, les stimuler sans cesse. Mais supposez de tels malades en liberté — et il y en a beaucoup — on pourra se rendre compte de leur manière de vivre. Enfermés chez eux pendant des journées entières, pendant des semaines, quelquefois même pendant plusieurs mois, ils restent dans la plus complète inaction, constamment couchés dans une chambre non aérée et hermétiquement close. Sans aucun souci de leur personne, ils ne recourent plus aux soins les plus vulgaires de la propreté, ils négligent leurs vêtements, ne s'habillent qu'à moitié ; à peine s'ils songent à prendre quelque nourriture. Dans cet état d'abandon d'eux-mêmes, ces malheureux ont un besoin constant de la sollicitude de leur famille et de leur entourage.

L'observation suivante, empruntée au mémoire de M. Baillarger [1], donne de l'état mélancolique qui vient d'être décrit, un exemple intéressant.

[1] *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XIX. p. 342.

Observation I.

Sommaire. — *Plusieurs accès de manie de seize à dix-huit ans. — Premier accès de folie à l'âge de vingt et un ans. — Durée de l'accès, un mois : quinze jours de mélancolie, quinze jours d'excitation. — Intermittences de deux à trois mois.*

Mlle X..., âgée aujourd'hui de vingt-huit ans, a eu plusieurs accès de manie de seize à dix huit-ans. Après être restée bien portante pendant trois ans, elle éprouve une rechute, et depuis lors sa maladie n'a plus cessé. Cette maladie revient par accès, dont la durée est environ d'un mois.

Pendant les quinze premiers jours, on observe tous les symptômes d'une profonde mélancolie ; puis tout à coup la manie éclate et dure le même temps.

Quand la période de dépression commence, Mlle X... se sent en proie à une tristesse qu'elle ne peut surmonter. Une sorte d'engourdissement envahit peu à peu son être.

La physionomie prend une expression de souffrance, la voix est faible, les mouvements d'une lenteur extrême ; bientôt les symptômes s'aggravent, la malade reste sur sa chaise immobile et muette ; tout effort lui devient impossible, la moindre stimulation lui est pénible, la lumière du jour la fatigue. Mlle X... apprécie très bien ce qui se passe autour d'elle ; elle comprend les questions qu'on lui adresse, mais elle n'y répond que lentement, par monosyllabes, et à voix si basse, que l'on ne saisit qu'incomplètement ce qu'elle dit. En même temps que tous les symptômes qui précèdent, il existe de l'insomnie, de l'inappétence, une constipation opiniâtre ; le pouls est petit et lent.

Au bout de trois ou quatre jours, la physionomie a déjà subi une atteinte profonde ; les yeux sont cernés, caves et sans expression, le teint pâle et jaunâtre.

Quand cet état a duré quinze jours, il cesse tout à coup pendant la nuit, et la torpeur générale est remplacée par une exaltation très vive.

Le lendemain, on retrouve la malade avec les traits animés, le regard brillant, la parole vive, les mouvements brusques et rapides; elle ne peut rester un instant à la même place, et court çà et là comme si elle était entraînée par une force irrésistible.

Autant l'intelligence était embarrassée, autant elle a acquis de vivacité. Mlle X... saisit avec une sagacité remarquable tout ce qui, chez les personnes qui l'entourent, peut prêter au ridicule. Sa verve est intarissable et se signale par de continuelles épigrammes. Dans ce nouvel état, l'insomnie continue, mais l'appétit est revenu.

Après quinze jours, le calme se rétablit presque subitement. Mlle X..., qui se rappelle tout ce qu'elle a dit pendant la seconde période de son accès, se montre un peu triste et confuse; mais bientôt elle reprend ses habitudes ordinaires.

L'intermittence est malheureusement de peu de durée; rarement elle s'est prolongée deux à trois mois; le plus souvent, c'est après quinze ou vingt jours qu'un nouvel accès éclate.

La malade qui, pendant la période de dépression, ne prend qu'une quantité tout à fait insuffisante d'aliments, maigrit très rapidement. Une fois, la perte a été de douze livres en quinze jours.

Dans la période de réaction et pendant les intermittences, l'appétit est très grand, et le retour de l'embonpoint a lieu aussi d'une manière très rapide.

Les mêmes symptômes de dépression des forces intellectuelles et physiques se rencontrent dans une autre observation du mémoire de M. Baillarger [1], que je crois devoir reproduire.

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIX, p. 344.

OBSERVATION II.

SOMMAIRE. — *Folie à double forme datant depuis vingt ans. — Accès durant six mois : trois mois de mélancolie, trois mois de manie.*

M. X... est sujet depuis vingt ans à des alternatives d'excitation et de dépression. Lorsqu'il tombe dans ce qu'il appelle lui-même son *spleen*, il devient indifférent à tout. Son œil est morne, sa marche est lente et lourde. Quoique fort laborieux, il ne peut plus travailler, il ne se sent même plus aucun goût pour le travail. Cet état dure plusieurs mois. M. X... reprend alors peu à peu de l'animation, et il passe par un intervalle très court de ce que l'on pourrait appeler de raison parfaite, mais bientôt l'activité augmente à ce point qu'il est impossible de méconnaître une véritable excitation fébrile. Le malade ne dort presque plus, il lit et compose énormement, mais avec beaucoup de désordre. Il est pris parfois, quoique très âgé, d'accès de priapisme, et va jusqu'à courir dans son jardin, en proie à une fureur lascive. Cette période dure environ trois mois, et M. X... retombe graduellement dans son spleen.

Pour bien faire ressortir les caractères de l'état de dépression mélancolique, décrit plus haut, je joindrai aux deux observations précédentes l'histoire d'une malade de mon service, atteinte de folie à double forme, à type circulaire, dont la période d'agitation dure de quinze jours à trois semaines et la période de dépression près de deux mois.

OBSERVATION III (personnelle).

SOMMAIRE. — *Plusieurs accès de manie. — Folie à double forme confirmée depuis trois ans seulement. — L'accès dure près de trois*

mois : quinze jours d'excitation; deux mois de dépression. — La période d'excitation est caractérisée par de l'agitation maniaque; celle de déprcssion, par l'état mélancolique.

Mlle Victoire, aujourd'hui âgée de près de soixante ans, est entrée à la maison de Charenton le 24 novembre 1878. Elle est intelligente, mais n'a reçu qu'une instruction très élémentaire. D'abord couturière, elle s'est établie plus tard marchande de volailles. D'un caractère doux et bienveillant, elle a toujours été en excellents termes avec ses parents et ses amis.

Santé physique toujours un peu délicate : diarrhées fréquentes et provoquées par la moindre contrariété; affection cutanée (eczéma?) aux mains, au cou, à la cuisse, qui aurait duré pendant plus de dix-sept ans. Enfin elle a été sujette à de violentes migraines, qui l'obligeaient à un complet isolement pendant tout le temps de leur durée. Ces migraines ont complètement disparu depuis le premier accès de manie.

La menstruation, ordinairement régulière quoique peu abondante, a cessé à l'âge de trente neuf ans.

Le père de Mlle Victoire a un caractère très bizarre; il est très violent et très colère. Pas d'hérédité du côté maternel.

Dans le courant de l'année 1860, Mademoiselle Victoire perdit sa sœur à la suite d'une rougeole; elle en conçut un chagrin violent et en même temps on vit son caractère changer. En 1863, elle eut la variole et, peu après, fut prise d'un accès de manie, caractérisée par l'exaltation mentale et l'extravagance des sentiments et des actions : la malade s'habillait en blanc, se déguisait, achetait une foule d'objets inutiles, voulait se marier, etc. Cet accès dura six semaines et, depuis lors jusqu'en 1875, le calme ne s'est pas démenti; Mlle Victoire était plutôt un peu déprimée, mais, en somme, rien dans ses actes ni dans ses discours, n'indiquait le moindre trouble.

En 1876, son père fait une chute d'une voiture de foin; vers la même époque, une de ses nièces qu'elle affectionnait beaucoup, se marie contre son gré. Vivement émotionnée par

toutes ces contrariétés, elle ne tarde pas à retomber dans un nouvel accès de manie (mi-février 1877), présentant les symptômes suivants : exaltation intellectuelle, idées bizarres, activité continuelle; la malade veut sans cesse déménager, déplacer ses meubles, etc.; elle coupe ses vêtements en morceaux, fait des collections de chiffons qu'elle conserve soigneusement, enfin elle achète toutes sortes de choses inutiles. Elle crie sans motif, fait des scènes à tout le monde; un jour, elle menace de mettre à la porte sa nièce qui était venue la voir et lui faisait quelques observations. Cette excitation dure nuit et jour; quand on fait coucher la malade le soir, elle arrive à s'échapper; une nuit, elle se rend chez un de ses cousins, beaucoup plus âgé qu'elle, lui dit qu'elle l'aime, qu'elle veut l'épouser; elle s'assied sur ses genoux, se couche même dans son lit et on a beaucoup de peine à l'en arracher. Des scènes pareilles se renouvelaient pour ainsi dire tous les jours.

Amenée dans cet état à la maison de Charenton une première fois, le 9 mars 1877, son accès de manie continue jusqu'au 20; il a donc duré un mois. La malade sort guérie le 25 mars.

En 1878, nouvel accès de manie, qui nécessite son replacement dans la maison de Charenton. Cet accès dure un mois et est suivi d'une période de tristesse. C'est à partir de ce moment que l'on constate qu'il s'agit d'une folie à double forme dont la période d'excitation dure de quinze jours à un mois et celle de dépression, un mois et même deux. Je vais faire connaître un de ces accès; car en décrire un, c'est les décrire tous.

La *période dépressive* est caractérisée par un état d'affaissement général; la malade reste assise dans un coin, toujours le même, les yeux baissés, occupée soit à coudre, soit à faire de la charpie; son visage exprime la tristesse, l'anéantissement. Quand on l'interroge, elle répond à peine et à mi-voix, ou même seulement par signes. L'intelligence est lente, les idées semblent venir difficilement. Tout ce que fait la malade a ce cachet de lenteur; lorsqu'elle fabrique de la charpie, elle tire chaque fil, comme une personne fatiguée et qui n'en peut plus. Parfois la dépression augmente, alors elle

a mal à la tête, elle se sent comme une barre qui lui comprime le front, elle ne voit plus même avec ses lunettes et ne peut plus travailler. L'appétit est passable, le sommeil suffisant. Quant au pouls, il est petit, presque filiforme, mais assez fréquent, comme on le verra tout à l'heure.

La *période d'excitation* est toujours précédée de plusieurs nuits d'insomnie; elle s'annonce toujours comme par une sorte de réveil général. La malade qui, jusqu'alors, vivait dans le mutisme, commence à parler, à interpeller le médecin; les yeux deviennent vifs et brillants, l'esprit est caustique. Peu à peu viennent les bavardages sans suite, les propos sont gais et enjoués; la malade raconte des faits passés et récents. Elle a conscience de cet état; car elle dit elle-même qu'elle raconte « un tas de bêtises », que « sa langue n'est pas bien d'aplomb ».

Bientôt l'agitation augmente et devient véritablement maniaque; Mlle Victoire demande elle-même à ce qu'on lui mette la camisole, car elle va, dit-elle, déchirer tous ses effets. Elle court sans cesse, saute, danse, rit aux éclats, parle d'une façon incohérente, ses discours sont érotiques et même orduriers. Cet état dure trois ou quatre jours ; puis la malade revient à la simple exaltation du début de la période et enfin, un matin, on la retrouve assise dans son coin et elle recommence une nouvelle période de dépression.

Les symptômes physiques qui se présentent pendant la période qui vient d'être décrite sont les suivants : insomnie presque complète et que rien ne peut combattre; le pouls est fréquent et dépasse souvent cent pulsations; parfois de la diarrhée, le plus souvent langue saburrale; peu d'appétit, quoique la malade demande à ce qu'on la serve copieusement; urine souvent au lit.

Voici maintenant la marche de la maladie depuis le mois de janvier 1879 :

Accès. { Période d'excitation jusqu'au 20 janvier 1879.
Période de dépression jusqu'au 15 avril.

Accès. { Période d'excitation du 15 au 31 avril (16 jours).
Période de dépression du 1er mai au 15 juin.

Accès. { Période d'excitation du 15 juin au 27 juin (12 jours).
Période de dépression du 28 juin au 2 septembre.

Accès. { Période d'excitation du 2 sept. au 18 sept. (16 jours).
Période de dépression du 18 sept. au 20 nov.

Accès. { Période d'excitation du 18 au 23 novembre (15 jours).
Période de dépression du 23 nov. 1879 au 10 fév. 1880.

Durant cette période de dépression, Mademoiselle Victoire a été atteinte d'une bronchite aiguë (du 5 au 31 janvier), qui n'a en rien modifié la marche habituelle de l'affection mentale; l'état mélancolique n'a été ni plus ni moins intense.

Accès. { Période d'excitation du 10 au 26 février (16 jours).
Période de dépression du 26 février au 10 avril 1880, etc.

Durant ce dernier accès, la période d'excitation n'a été caractérisée que par de la simple exaltation mentale : bavardages, demandes de toute sorte, etc. Il n'y a pas eu d'agitation maniaque proprement dite.

Le pouls de cette malade a été pris régulièrement à la visite du matin, pendant un de ses accès, celui du 2 septembre au 8 novembre 1879; j'en donne ci-après les résultats :

PÉRIODE D'EXCITATION.			PÉRIODE DE DÉPRESSION.			
3 Septembre.		P. 114.	18 Septembre.		P. 92.	
4	—	P. 116 (Diarrhée)	19	—	P. 88.	
5	—	P. 108.	20	—	P. 88.	
6	—	P. 108.	22	—	P. 92.	
8	—	P. 100.	25	—	P. 88.	
9	—	P. 112 (Gr. agit.)	26	—	P. 84.	
10	—	P. 100.	27	—	P. 92.	Insomnie.
11	—	P. 88.	29	—	P. 92.	
12	—	P. 100.	30	—	P. 92.	
15	—	P. 100.	1er Octobre		P. 92.	Dépression plus grande.
16	—	P. 100.	2	—	P. 84.	
17	—	P. 92.	3	—	P. 80.	

2° *Délire mélancolique.*

Si l'état mélancolique sans délire, dont on vient de lire la description, se présente chez le plus grand nombre des malades atteints de folie à double forme, il n'est pas rare non plus de voir cet état mélancolique se compliquer de conceptions délirantes de nature diverse. C'est naturellement de conceptions délirantes de nature triste qu'il s'agit ; elles viennent, suivant l'expression de M. Jules Falret, « se greffer sur le fond constant et immobile de la dépression physique et morale ».

En analysant avec soin les observations, on constate que ces conceptions délirantes peuvent se classer sous quatre chefs principaux :

a). Il existe des malades qui, non seulement, manifestent de l'indifférence pour leur famille ou leurs amis, qui tombent dans une profonde apathie, etc. ; mais ils prennent encore la vie en dégoût, ils ont ce que l'on a appelé le *tœdium vitae*. Des idées de suicide envahissent leur esprit et arrivent à les dominer ; il en est même qui, ne pouvant résister au penchant qui les obsède, vont jusqu'à les mettre à exécution. J'en citerai un exemple tout à l'heure.

b). Une deuxième classe de conceptions délirantes tristes, qui ont des conséquences moins fâcheuses que les précédentes, mais qui n'en sont pas moins cause de grands tourments pour les malades qui en sont torturés, ce sont les idées délirantes de ruine, d'incapacité, de culpabilité, de damnation, etc. Dans ce cas, la période

dépressive prend tous les caractères de la mélancolie anxieuse décrite par les auteurs. Les malades sont dans une angoisse perpétuelle; ils ont des craintes, des inquiétudes, vagues parfois, mais souvent bien définies, surtout lorsqu'elles se rapportent à des idées de damnation. Ils sont criminels, ils ont commis des péchés qui ne peuvent leur être pardonnés ni dans cette vie, ni dans l'autre; telle mère se reproche d'avoir mal élevé ses enfants, de leur avoir donné une instruction et une éducation insuffisantes; tel autre malade est convaincu que tous les aliénés qui l'entourent souffrent à cause de lui, etc. En même temps, ces malades présentent tout l'extérieur de ce qu'on a appelé la panophobie; leur physionomie est caractéristique, leur regard est profondément triste et désespéré, ils ne parlent que par monosyllabes, par membres de phrases coupés et interrompus, comme s'ils avaient peur d'avouer le sujet de leurs inquiétudes et de leurs tourments. Il en est qui, tout en restant assis toute la journée, se tordent pour ainsi dire sur leur chaise en poussant de petits cris plaintifs ou de profonds soupirs.

c). Une troisième catégorie d'idées délirantes de nature triste sont les idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe, idées d'empoisonnement, d'où parfois refus plus ou moins absolu des aliments. Quelquefois à ces idées de persécution viennent se joindre des idées religieuses; le malade est en communication avec les puissances célestes, et ceux qui l'entourent sont des démons et des suppôts de Satan.

d). Enfin, les malades peuvent traverser la période dépressive avec des préoccupations hypochondriaques. Dans ces cas, ils se plaignent d'une foule de sensations pénibles, ayant pour siège les parties du corps les plus

différentes ; ils s'en prennent à la nourriture qui leur cause toutes sortes de maladies. Le matin, ils demandent à rester couchés pour que le médecin puisse les examiner ; et, comme tous les hypochondriaques, ils se fâchent si on ne prend point part à tous leurs maux. Leur visage exprime la souffrance, et ils passent la journée à se plaindre. — Ainsi qu'on l'a vu dans le chapitre précédent, Esquirol avait déjà établi l'alternance de l'hypochondrie avec la manie.

Pour donner de la vie aux descriptions, pour ainsi dire abstraites, que nous venons de faire, nous allons donner quelques exemples et nous choisirons parmi les observations celles qui font le mieux ressortir les caractères divers du délire mélancolique, tel qu'on le constate dans la folie à double forme.

Observation IV [1].

Sommaire.— *Plusieurs accès de folie à double forme.— Période d'excitation marquée par des dépenses exagérées, des voyages à Paris. — Période de dépression caractérisée par de la tendance à l'isolement, de l'aversion pour quelques membres de sa famille.— Suicide.*

M. D..., âgé de cinquante-quatre ans, marié et père de cinq enfants, est un riche propriétaire de vignobles. Dès 1846, ayant alors quarante-trois ans, il commença, sans cause appréciable, à devenir très bizarre dans son caractère et ses habitudes : tantôt triste, maussade, grondeur, insouciant ; tantôt, au contraire, d'une gaieté très grande, d'une activité surprenante, etc.

A partir du commencement de 1849, il eut ce que sa famille appelait *ses accès*, c'est-à-dire deux ou trois mois de tristesse,

[1] Observation de M. Legrand du Saulle, in *Thèse de Geoffroy*, Paris, 1861.

d'apathie et de dépression, et une durée à peu près égale d'activité, de loquacité...... Puis, tous ces phénomènes s'amendaient : M. D... rentrait dans l'état normal, s'occupait de ses affaires, de la direction de sa maison, de l'avenir de ses enfants.

En 1852, après trois mois d'une profonde dépression, M. D... s'anima tout à coup, partit avec sa famille pour Paris, se livra à des dépenses un peu exagérées, se montra très gai, voulant tout voir, tout visiter, courant les promenades, les concerts, les spectacles. Dans la nuit du quatre-vingt-cinquième au quatre-vingt-sixième jour, il se réveilla souffrant de la tête, triste et déprimé. Il quitta immédiatement Paris, et rentra chez lui après avoir dépensé 15,000 francs.

En 1854, l'une des dépressions fut marquée par cette circonstance qu'il ne voulut plus voir sa femme et quatre de ses enfants; sa fille aînée seule était admise dans sa chambre et lui servait ses repas. M. D..... quittait à peine son lit, restait dans l'inaction, pleurant souvent, et exigeait que les volets de l'appartement fussent toujours fermés.

En 1855, nouveau voyage à Paris; 10,000 francs de dépense en moins de trois mois, achats nombreux, activité surprenante, courses très longues à pied.

En 1856, les périodes d'excitation et de dépression se prolongent davantage et prennent des caractères inquiétants. Pendant la phase de rémission complète, M. D... s'occupe de ses affaires, regrette ses dépenses passées, donne des ordres, prescrit une sévère économie dans sa maison.

En 1857, au mois d'août, après deux mois et demi d'une mélancolie profonde, souvent traversée par des refus d'aliments, M. D... descend un jour à midi dans son jardin, armé d'un fusil de chasse, se place sur le bord d'une pièce d'eau, et se brûle la cervelle. Sa fille aînée qui l'avait suivi, se jette dans la rivière et retire le cadavre de son père.

Dans l'observation suivante, empruntée à Esquirol, on trouve le même désir de se tuer et des tentatives de suicide.

Observation V[1].

Sommaire. — *Folie à double forme à accès annuels. — Période d'excitation durant la saison d'hiver. — Période de dépression avec idées de suicide durant la saison d'été.*

Un jeune homme du Midi, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament éminemment nerveux, à l'approche de l'hiver, depuis trois ans, est pris d'une grande excitation, alors il est très actif, toujours en mouvement, parle beaucoup, se croit d'un esprit distingué, fait mille projets, dépense beaucoup d'argent, achète, emprunte sans trop s'inquiéter du paiement; très irritable, tout le blesse, excite ses emportements et sa colère ; il n'est plus sensible à l'amitié de ses parents, il méconnaît jusqu'à la voix de son père.

Dès que le printemps fait sentir son influence, ce jeune homme devient plus calme, peu à peu il est moins actif, moins bavard, moins susceptible ; à mesure que la température s'élève, les forces physiques et intellectuelles semblent l'abandonner ; il tombe dans l'inaction, dans l'apathie, se reprochant toutes les extravagances auxquelles il s'est livré pendant la période d'excitation ; il finit par la lypémanie, par le désir de se tuer et enfin par des tentatives de suicide.

Les idées de ruine, de culpabilité imaginaire, de damnation peuvent venir se greffer, avons-nous dit, sur le fond mélancolique ; les deux observations suivantes en sont des exemples frappants.

[1] Esquirol, *Des maladies mentales*. Ed. belge, t. I, p. 311.

OBSERVATION VI [1]

SOMMAIRE. — *Folie à double forme à accès annuels. — Période de dépression caractérisée par des idées délirantes de culpabilité imaginaire, de damnation, etc. — Période d'excitation avec exaltation intellectuelle, etc.*

Ursule Gl..., veuve d'un journalier. Hérédité directe du côté paternel. Née en 1810; mariée en 1837; 6 enfants (une fois trois jumeaux, une autre fois deux jumeaux, le dernier enfant a seul survécu).

Personne intelligente, mais un peu légère et coquette. Généralement bien portante, régulièrement menstruée.

1850. — Mélancolie (dépression profonde, craintes qu'elle ne s'explique pas, absence de tranquillité nuit et jour, incapacité de prier, dégoût de la vie), qui s'aggrave par suite de circonstances défavorables ; bien plus, il resta une grande irritabilité, un état de mauvaise humeur, qui se traduisait par de perpétuelles disputes avec son entourage. A cela vint se joindre plus tard la perte du sentiment religieux, du sens moral, au point que son état parut affecter les caractères du *moral insanity* mélancolique.

Depuis lors, chaque année — de Noël au printemps — un accès de mélancolie (avec sensation de brûlure et de pression à l'épigastre, céphalalgie, etc.). Dans les intervalles, grande irritabilité et excitation, manie de querelles; en outre, mobilité incessante.

Dans le courant des années suivantes, se manifeste chez la malade un état de véritable folie circulaire, dont les stades mélancoliques se caractérisent par un état d'oppression, de l'insomnie, des sentiments de crainte, des préoccupations personnelles et se terminent par une sorte d'exaltation avec tendances à la gaieté, besoin incessant de mouvement, peu de retenue dans les paroles et dans les actes, un flux d'idées tournant toujours dans le même cercle.

[1] Dr Ludwig Kirn, *Die periodischen Psychosen*. Stuttgart, 1878. Obs. VI, p. 65.

1856.— Entrée à l'asile. A l'exception d'anciens troubles de l'appareil génital (prolapsus vaginal, ulcère de l'orifice utérin, flueurs blanches), on ne constate aucune affection des organes de l'économie.

Description des accès :

Commençons par le stade mélancolique, puisque c'est par lui que l'accès débute. Etat subit d'oppression, isolement craintif, mutisme, grande irritabilité douloureuse. Puis angoisses profondes, le plus souvent localisées à l'épigastre.

Cet état de crainte qui se présente d'abord sans motif, s'objective bientôt dans les idées suivantes : « Comme elle n'a pas vécu chrétiennement, qu'elle a été trop avare, elle ne peut arriver au ciel.» Aussi se plaint-elle « de ne pouvoir prier, de ne pas trouver de consolation dans la prière, d'être destinée à être damnée», et elle manifeste de temps en temps des idées de suicide. L'imagination surexcitée lui reproduit une foule de réminiscences douloureuses, de même qu'elle s'imagine aussi que son entourage lui en veut. Mais le plus souvent, elle est silencieuse et déprimée, le regard morne ; ou bien elle est occupée d'un travail mécanique, complètement absorbée dans ses pensées douloureuses.

Le stade mélancolique est régulièrement accompagné de troubles de la vie nerveuse, qui manquent dans le stade maniaque ; une série de douleurs névralgiques (douleur à l'épigastre, névralgies du cinquième nerf intercostal, douleurs lancinantes dans les mamelles), un affaissement et une lassitude de tout l'être, une sensation de froid, etc., portent au plus haut degré les sentiments douloureux. Pas d'autres manifestations, si ce n'est une menstruation abondante au moment de la mélancolie.

Au déclin de la dépression, on n'observe pas d'intervalle lucide; le *stade maniaque* commence immédiatement. Il s'annonce régulièrement par une irritabilité croissante ; bientôt on voit apparaître l'exagération du sentiment de la personnalité, le désir d'ordonner, de tout faire dans la maison, la tendance à se parer de fleurs et de rubans, enfin une loquacité qui décèle un flux d'idées qui va sans cesse en augmentant.

La malade devient exagérée, extravagante dans ses idées et ses projets, réclame avec violence sa sortie, et se confond en menaces et en injures lorsque ses désirs ne sont pas immédiatement satisfaits. L'asile est pour elle une « prison », une « maison de prostitution » ; la nourriture et les soins sont exécrables. Elle se met dans de grands accès de colère, se laisse aller à des menaces et même à des violences. Ce n'est que par intervalles que la malade détruit ou gâte, avec le dessein évident de contrarier le personnel. Quand l'accès a atteint sa plus grande intensité, on constate, outre une grande frivolité et une obscénité sans limites, surtout la nuit, des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Dans le décours de l'accès, se manifeste un extraordinaire besoin d'exiger tout ce qu'elle voit, et ses désirs changent à chaque instant ; il y a là un contraste frappant avec la profonde humilité et la modération dans les désirs, observées pendant le stade mélancolique. Les troubles sensitifs qu'on observe pendant la période mélancolique, n'existent pas dans cette période maniaque.

A la suite de cette seconde période, il ne se manifeste aucune intermission franchement lucide ; dès que l'exaltation est dissipée, que l'équilibre psychique semble rétabli, apparaissent de nouveau, après un temps très court, les premiers symptômes d'une nouvelle période mélancolique.

Mélancolie et manie se succèdent ainsi, durant chacune régulièrement près de six mois, un accès ressemblant à l'autre, jusqu'en **1871**, où la malade succomba à la suite d'un carcinome de la mamelle.

Observation VII (personnelle).

Sommaire.— *Folie à double forme a type circulaire.* — *Période de dépression d'une durée de trois à quatre mois, caractérisée par un état d'anxiété avec idées de ruine, de culpabilité, etc.* — *Période d'excitation, d'une durée à peu près égale, avec délire des actes, etc.*

Mme X....., née en **1808**, veuve, ayant plusieurs enfants dont une fille d'une grande susceptibilité nerveuse. Cette dame,

elle-même très nerveuse et d'un caractère très mobile, aurait, dit-on, passé son existence dans des alternatives de tristesse et de légère excitation ; mais ces deux états n'ont pas présenté, jusques il y a une dizaine d'années, une intensité suffisante pour qu'il fût nécessaire de placer Mme X..... dans un établissement spécial.

Avant de poursuivre l'histoire de cette malade, rappelons qu'elle avait une tante maternelle qui a, elle aussi, passé son existence dans les alternatives d'excitation et de tristesse ; on a même remarqué que Mme X..., dans les diverses phases de son état circulaire, répète les mêmes choses, fait les mêmes actes que sa tante.

Nous avons dit que la plus grande partie de la vie de Mme X... n'a été qu'une suite, pour ainsi dire continue, d'états de tristesse et de légère surexcitation. Son entourage ne voulait voir là que certaines bizarreries de caractère, et l'on s'était habitué à ses mobilités d'humeur.

Mais, en 1874, sans qu'on pût indiquer de causes précises, l'état de dépression prit les caractères d'un véritable accès de mélancolie, avec anxiétés, idées de ruine, craintes de mourir, etc. La malade va trouver son confesseur, lui confie qu'on lui a volé son argent, etc. C'est alors qu'elle fut, pour la première fois, placée dans une maison de santé, pour en sortir au moment du déclin de la phase dépressive. Elle passe dans sa famille la période d'excitation ; mais, chaque année, dans le courant du mois de décembre, réapparaît une période mélancolique, semblable à la précédente, et qui nécessite le placement de la malade.

Ainsi, le 20 décembre 1877, elle entre à la maison de Charenton, dans un état de tristesse, avec idées de damnation, craintes de mourir, anxiétés, etc. Cette période dure jusqu'au mois de mars 1878 ; puis, immédiatement après, commence une période d'excitation, qui continue encore, mais avec moins d'intensité, au moment de la sortie de la malade, qui a lieu le 20 juin de la même année.

La malade revient au mois d'avril 1879, dans une période de dépression. Son état remontait à une semaine et aurait,

dit-on, été provoqué par la nouvelle qu'un de ses fils, qui est en Amérique, allait revenir à Paris ; l'idée de savoir son fils en mer, les dangers qu'il peut courir, l'appréhension d'un naufrage, etc., tout cela aurait aidé à l'explosion de la crise. Cette phase dépressive dure encore au mois de juillet, au moment où la malade sort ; mais elle nous revient en pleine période d'excitation, le 19 septembre. L'excitation dure jusqu'à la fin de janvier 1880 ; à ce moment, nouvelle période dépressive, qui se termine à la fin du mois d'avril ; etc.

Après avoir indiqué la marche de la maladie, il nous faut décrire les différentes périodes de l'accès. Celui-ci débutant par la phase dépressive, c'est par elle aussi que nous commencerons notre description.

C'est d'abord un état général d'abattement ; la malade recherche l'isolement, elle reste immobile, sans parler, mais s'occupe de quelque léger travail de couture. Au bout de quelques jours, les conceptions délirantes envahissent son esprit ; ce sont des craintes de nature diverse : elle a peur de mourir, on lui a volé son argent, elle a tout perdu, etc. ; elle s'inquiète du sort de ses enfants, croit qu'ils vont perdre leur position. Puis ce sont des reproches qu'elle se fait, elle a commis toute espèce de méfaits, elle a mal élevé ses enfants ; elle sera donc punie, damnée, etc. Elle se préoccupe du sort des personnes qui l'entourent, dit qu'elles sont malades à cause d'elle ; si elle ne dort pas la nuit, c'est qu'elle craint de trouver mortes le lendemain les personnes qui couchent dans le dortoir, etc. Durant toute cette période anxieuse, la malade parle à peine et à mi-voix ; on ne parvient à connaître le sujet de ses préoccupations et de ses craintes qu'à force d'insistances. La malade ne mange que contrainte et forcée ; elle dort peu. Tout son extérieur respire l'anxiété ; son regard exprime la douleur ; les traits sont contractés, crispés même ; elle pousse des gémissements plaintifs. La respiration semble difficile ; le pouls est fréquent, il varie entre 88 et 100 pulsations. — Au bout de deux mois de cet état, les conceptions délirantes se dissipent et, en même temps, la malade devient moins anxieuse ; elle revient à cet état d'abattement du début,

à la mélancolie simple sans délire ; elle reconnaît alors la fausseté de ses conceptions délirantes et, au bout de quelques jours, on pourrait même croire que la guérison est complète. C'est à ce moment même — et lorsque la malade demande avec insistance sa sortie — que la période d'excitation commence.

La période d'excitation est caractérisée par une surexcitation générale. Mme X... cause beaucoup, elle ne peut rester en place ; elle fait des achats de toute sorte et surtout d'objets dont elle n'a nul besoin ; c'est ainsi que, dans un de ses accès, elle a dépensé plus de 3,000 francs en quinze jours ; elle donne congé de son appartement, déménage, force sa fille à déménager, etc. Lorsqu'elle est enfermée dans une maison de santé, elle dépense son activité à écrire lettres sur lettres à ses enfants ; elle envoie des pétitions au ministre des affaires étrangères, veut aller le voir pour lui parler de ses fils qui sont employés dans les chancelleries, etc. Volubilité incessante, conversation gaie, animée ; critique toutes les personnes qui l'entourent ; divague rarement, se met parfois en colère, lorsqu'elle exprime le désir de s'en aller. En veut à sa fille qui l'a fait enfermer, etc. Pendant toute cette période, l'appétit est excellent ; pas d'insomnie. Le pouls est fréquent, il est en moyenne de 90 à 100 pulsations.

Cette période d'excitation dure près de six mois ; elle ne cesse pas brusquement, mais s'éteint d'une façon progressive. L'exaltation diminue peu à peu ; les récriminations, les colères sont moins violentes ; la loquacité moins grande. Petit à petit et d'une façon, pour ainsi dire, insensible, la malade s'achemine vers une nouvelle phase de dépression.

Un troisième ordre de conceptions délirantes qu'on a l'occasion d'observer dans la période dépressive de la folie à double forme, sont, avons-nous dit, les idées de persécution, souvent associées à des hallucinations de l'ouïe ou aux autres symptômes qu'on voit ordinairement accompagner cette forme de la mélancolie, tels que le refus d'alimentation, suite d'idées d'empoisonnement, etc.

Le délire des persécutions coexiste très souvent avec du délire religieux, comme nous l'avons déjà fait remarquer et ainsi que le prouvent l'observation VI et la suivante, recueillie par le Dr Linas [1].

OBSERVATION VIII.

SOMMAIRE.— *Folie à double forme.— Période d'excitation caractérisée par des idées de grandeurs et de richesses.— Période de dépression accompagnée de délire religieux et d'idées de persécution. —Guérison.*

M. P... (Mathurin), âgé de vingt-huit ans, soldat au 13e de ligne, en garnison à Paris, entre à Charenton, le 19 mars 1854. Ce malade est de taille moyenne, assez robuste, quoique blond et un peu lymphatique, du type mongolique ; de plus, un certain air de stupidité règne sur son visage.

D'après le rapport très concis du médecin du régiment, l'explosion de délire de ce militaire daterait du 13 mars. Quelques jours avant cette date, le malade présentait un état de tristesse qui ne l'empêchait pas encore de faire son service. Vers le 12, cet état changea, une exaltation cérébrale survint qui se traduisit en faits répréhensibles qui nécessitèrent la réclusion du malade. A la visite du 13, l'aliénation mentale ne fut plus douteuse pour le médecin. Quelques renseignements indiqueraient que ce militaire avait perdu ou croyait avoir perdu un billet de 600 francs ; de là son état morose et taciturne tout à fait inaccoutumé. A la nouvelle que le billet était retrouvé, l'exaltation des facultés mentales se manifesta, et le délire fit explosion. Transporté alors au Val-de-Grâce, P... offre tous les symptômes d'un délire général continuel; il parle très haut, crie, interpelle ceux qui l'entourent ; il se dit un haut fonctionnaire, maréchal de camp, puis un personnage sacré ayant une mission divine à remplir ; il persiste à soutenir qu'il a perdu un billet de 600 francs. Nul acte de violence.

[1] In Geoffroy, thèse de Paris, 1861, p. 80.

Depuis son entrée à Charenton, ce militaire présente le type parfait de la folie à double forme ; son état a trois périodes distinctes, qui se succèdent dans un ordre régulier, et suivant une marche constante : mélancolie, manie, puis calme. La période de dépression s'annonce par de l'ennui, moins d'aptitude et de goût au travail. Le malade devient triste, regrette sa liberté, ses amis, réclame sa sortie, son retour au régiment ; sa figure s'assombrit, ses yeux prennent une expression de mécontentement ; il devient défiant, soupçonneux, refuse de travailler et de se laisser diriger. Les idées de persécution assiègent son esprit ; ceux qui l'entourent sont ses ennemis, des mauvais sujets, des conspirateurs, qui complotent contre lui, contre le pouvoir et contre le chef de l'Etat ; il se plaint d'avoir été volé et dupé, frustré dans ses droits légitimes ; il lui est dû des sommes considérables qu'on refuse de lui solder. A ces craintes et à ces réclames chimériques viennent aussi se mêler des idées religieuses ; c'est un théomane fort triste ; il est en communication avec les puissances célestes, et ceux qui l'entourent sont des démons et des suppôts de Satan. Cette tristesse profonde se change tout à coup en une agitation violente. Alors le malade n'a plus de repos ni de sommeil ; il crie, il déclame, il s'agite. Ici dominent les idées de grandeur et de richesse : P... se croit général, aide de camp de l'empereur ; il commande des armées à haute voix ; il prononce des sentences, des arrêts de mort, châtie ses ennemis ; il prend en affection quelques malades, il a de la haine pour d'autres qu'il rudoie, accable d'injures ou de menaces, et quelquefois de coups. Les bains prolongés, les saignées abondantes et les opiacés ne produisent dans ce cas qu'un amendement incomplet et temporaire.

Après cette période d'agitation, le calme renaît peu à peu, et le malade revient insensiblement à son état normal. Pendant la période de calme, il est doux, facile, assez bienveillant ; c'est un travailleur intrépide et plein de zèle.

La durée des périodes a été jusqu'à présent peu variable. La période de mélancolie dure environ douze jours en moyenne ; la période d'agitation est plus longue (trois ou quatre septé-

naires) ; la période de rémission est quelquefois plus longue encore, et dure souvent plus d'un mois.

P... sort enfin le 4 novembre 1854, c'est-à-dire au bout de huit mois, guéri, comme l'indique son certificat de sortie. Il rentre une deuxième fois, le 31 décembre 1859, atteint d'excitation maniaque, avec loquacité, insomnie, etc., qui diminue peu à peu dès le mois de janvier suivant ; si bien que le malade sort de nouveau le 26 mars 1860, également guéri, mais cette fois sans avoir présenté de période dépressive.

Pour terminer ce paragraphe, il nous reste à citer des exemples de mélancolie avec préoccupations délirantes hypochondriaques. Cette forme de délire est relativement rare dans les cas de folie à double forme qu'on a l'occasion d'observer dans les asiles d'aliénés ; mais on la rencontre plus fréquemment chez ces individus atteints de cette affection à un degré peu prononcé et qui ne cessent pas de vivre dans le monde. Ils présentent généralement des alternatives assez régulières de légère excitation avec bien-être physique et de dépression avec préoccupations hypochondriaques. Il n'en est pas ainsi des deux malades dont l'histoire va suivre ; il s'agit là de véritables aliénés, dont l'affection présente les caractères bien tranchés de la folie à double forme.

Observation IX [1].

Sommaire. — *Folie à double forme. — Hérédité. — Période d'excitation caractérisée par de l'exaltation. — Période de dépression avec idées hypochondriaques.*

Charles Gr..., né en 1805, fils de commerçants aisés ; prédisposition héréditaire très prononcée (mère et toute une

[1] Kirn, id. Obs. VII. p. 68.

série de parents aliénés ; un fils et une nièce atteints aussi de formes périodiques de folie) ; bonne santé physique et intelligence supérieure ; tempérament vif et irritable, d'un entêtement très remarquable depuis son enfance.

A l'âge de dix-sept ans (1822), Gr... fut pris subitement, sans cause occasionnelle connue, d'un trouble mental présentant les caractères de l'exaltation, qui se transforma, au bout de deux mois, en une dépression psychique, dont le malade ne sortit complètement qu'après six mois. Depuis cette époque, il est sujet, tous les deux ou trois mois, à de semblables accès d'excitation maniaque avec mélancolie consécutive, accès dont il guérit chaque fois après trois à six mois. Durant les premiers accès, il fut soigné, soit à la maison paternelle, soit à l'hôpital de la ville ou dans différents asiles d'aliénés de l'étranger.

Dans l'intervalle de ces accès, il avait cependant pu faire un séjour à l'Université, étudier le droit, passer avec succès l'examen d'Etat et pratiquer pendant plusieurs années.

Quand éclata le huitième accès (1837), il fut admis à l'asile de Heidelberg et, aux accès ultérieurs, à celui d'Illenau.

Le certificat d'admission donnait comme symptôme saillant du délire, « une idée exagérée de l'intelligence et de la capacité ; en outre, une manie de disputer et d'avoir toujours raison ». En beaucoup de ses discours, il fait preuve d'une grande perspicacité et montre que la mémoire est particulièrement conservée. Il présente pour le moment une tendance à la malveillance, à agacer par ses mutineries obstinées, par ses reproches et ses accusations grossières, les membres de sa famille ainsi que les autres personnes de son entourage, à les exciter les uns contre les autres, à troubler de toutes les façons le repos et la tranquillité de la maison. A la moindre contradiction, il s'emporte et devient même violent. Il néglige sa tenue, quitte sa demeure, a une grande tendance à vagabonder, à courir les auberges et à s'amuser. » — Tête rouge et congestionnée, circulation accélérée, exagération de l'appétit, soif très vive, peu de sommeil.

Après l'entrée à l'asile, se présentent les symptômes suivants : le sentiment de la personnalité est considérablement

exalté ; état d'excitation plus ou moins forte ; s'emportant pour un rien, mais se calmant aussi très vite. Les idées se suivent rapides et incohérentes ; la volonté ne connaît plus de bornes. Une grande mobilité s'est emparée du malade ; se trouvant partout à l'étroit, il ne peut se tenir tranquille nulle part. Depuis les premières heures du matin jusque bien avant dans la nuit, il erre à grands pas dans les cours de l'établissement, commandant et critiquant à haute voix. Même pendant la nuit, il n'a qu'un sommeil rare et souvent interrompu ; il se lève souvent, réveille ses voisins pour causer avec eux, fait du bruit et cogne après les portes, donnant ensuite des prétextes frivoles pour se justifier. Le grand flux d'idées ne se manifeste pas seulement par une grande volubilité, mais par d'innombrables lettres. Il ressent une multitude de besoins et présente de l'excitation sexuelle. L'appétit est considérablement augmenté, ainsi que la soif, au point que le malade, ordinairement très sobre, demande du vin et consomme une grande quantité d'eau. Du reste la digestion est régulière.

Quand le paroxysme eut, au bout de quelques semaines, atteint son plus haut degré, il s'y maintint jusqu'à la fin du deuxième mois ; puis cet état diminua insensiblement pour enfin retomber au niveau normal. Mais celui-ci ne dura que quelques jours, pendant lesquels se signala une tendance exagérée au sommeil ; puis bientôt le malade tomba dans un état de dépression.

Rapidement se produit l'image complète de la mélancolie. Le malade, déprimé et paresseux, fuit la société qu'il avait jusque-là recherchée avec ardeur. Grâce à sa disposition à la tristesse et à son découragement, ses idées deviennent monotones et n'ont plus trait qu'à sa personne. Il se plaint de découragement et se reproche son incapacité et son existence paresseuse. L'appétit est diminué, l'extérieur affaissé. Cet état de dépression dure de deux à trois mois, après lesquels se produit de nouveau un état d'équilibre psychique.

Bien des fois on vit se produire dans la suite ces accès de psychose cyclique, débutant toujours par un stade maniaque, auquel, après une période de bien-être relatif ayant duré au

commencement quelques semaines, puis plus tard quelques mois, venait se joindre le stade mélancolique. Ce n'est qu'après ce stade qu'apparaissait la *pause* de l'accès, qui durait un temps assez long.

Les accès présentaient toujours les symptômes suivants :

Au début de l'accès, « crampes douloureuses de l'estomac », mais pas de mélancolie prodromique. Puis les symptômes de congestion vers la tête (rougeur vive de la face, conjonctives légèrement injectées), et la circulation activée (pouls fréquent, carotides pleines). En même temps, exaltation croissante, exagération de sa personnalité et de sa valeur, extérieur impérieux, irritabilité ; le malade désire une foule de choses et exprime son mécontentement d'une façon piquante, si ses désirs ne sont pas réalisés. Grand flux de pensées, se rapportant surtout à l'exagération de la personnalité, et exprimées à grands cris. Agitation motrice avec mobilité incessante : au plus fort de l'accès — bruits et cris. Bien des perversités dans les actes — avec explication et justification ultérieures. Nuits agitées et sans sommeil. Excitation sexuelle. Appétit et soif augmentés ; hypersécrétion salivaire. Pas de conceptions délirantes, pas d'hallucinations.

Le summum de l'accès dure un certain temps ; puis, insensiblement, on observe la chute et le déclin de la manie.

Après quelques mois d'une sorte d'état d'équilibre — commencement de la mélancolie, éclosion subite d'une profonde dépression avec anxiété précordiale, préoccupations hypochondriaques, désespoir de jamais revenir à la santé, sentiment de son incapacité, perte de la confiance en soi-même, grande sensibilité aux causes extérieures, dégoût de la vie avec tentatives de suicide. Perte de l'appétit, diminution de la circulation, amoindrissement de la force musculaire. Après plusieurs mois — la mélancolie cesse et le malade entre dans la longue période de lucidité.

Les stades maniaques observés ultérieurement durèrent le plus souvent environ cinq mois ; ils étaient suivis d'une période intermédiaire de deux à trois mois, qui était remplacé par un stade mélancolique d'une durée de quatre à six mois. Puis

venait la période intervallaire de l'accès, qui durait un an et demi à trois ans et qui même une fois a duré quatre ans, en admettant toutefois qu'il n'y ait pas eu de petits accès avortés pendant son séjour chez lui.

L'état psychique pendant cette période intervallaire dénote que, de pause d'accès à pause d'accès, l'intelligence s'affaiblit lentement, mais progressivement.

Observation X (personnelle).

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. – Hérédité. — Période d'excitation caractérisée par l'exaltation générale. — Période de dépression avec délire hypochondriaque.*

Mlle Reine, née en 1804, a reçu une éducation soignée ; son intelligence paraît être au-dessus de la moyenne. D'un caractère doux et égal, elle a toujours été très sociable ; toujours elle a manifesté pour tous les membres de sa famille la plus tendre affection et même le dévouement le plus profond ; ainsi elle s'est sacrifiée et a consacré toute son existence à l'éducation de ses neveux et de ses nièces.

Hérédité : maladie mentale chez un cousin du côté maternel (mélancolie avec suicide).

On ne connaît pas la date exacte de l'époque de cessation de la menstruation ; mais il n'y aurait pas eu, dit-on, coïncidence entre la ménopause et l'invasion de la maladie mentale.

Vers 1865, Mlle Reine, alors âgée de soixante et un ans, à la suite d'un vif chagrin occasionné par la perte de sa fortune, a donné les premiers signes d'un dérangement des facultés mentales. A partir de cette époque, en effet, elle est devenue taciturne, ombrageuse et méfiante, n'ayant plus confiance en personne et redoutant l'abord de tout le monde ; elle ne voyait en tous et partout que des voleurs et des malfaiteurs, cherchant à lui soustraire les épaves de sa fortune.

Pas d'hallucinations. La mémoire est bien conservée.

Bientôt l'état de tristesse et de mélancolie augmente et

arrive jusqu'au désespoir; des idées de suicide se présentent à l'esprit de la malade, mais elle n'a jamais essayé de les mettre à exécution.

Incapable de se livrer à aucune occupation, elle passe sa journée à se plaindre, à gémir, revenant sans cesse sur le même ordre d'idées, c'est-à-dire qu'on l'a volée, qu'elle est dans le désespoir, etc. Elle ne peut rester en place, froisse automatiquement sa robe, etc.

Les premières années, Mlle Reine a d'abord été traitée dans sa famille; la maladie aurait offert alors des rémittences dans sa marche. En 1868, Mlle Reine a été placée pour la première fois, dans une maison de santé, et le 25 novembre de la même année, elle a été amenée à la maison de Charenton, d'où elle est sortie huit fois, et rentrée pour la dernière, le 15 juin 1875.

Il est à remarquer que cette malade, jusqu'à cette dernière entrée, n'a toujours présenté que des symptômes de mélancolie hypochondriaque, ainsi que le prouve le résumé des notes prises pendant ces séjours successifs.

Première entrée. — Du 25 novembre 1868 au 31 janvier 1869.

Délire triste, hallucinations (?), craintes non motivées, intelligence cultivée et assez active. Folie tout à fait partielle.

Deuxième entrée. — Du 21 juin au 28 octobre 1869.

Délire mélancolique, tristesse, découragement. Idées de crainte et de persécution. Au mois d'octobre, retour à la raison, aux habitudes de la vie ordinaire.

Troisième entrée. — Du 10 mai 1870 au mois de mars 1871.

Triste, déprimée, sans initiative pour tenir une conversation suivie et pour agir raisonnablement. Elle a la conscience de son état moral et cherche à se guérir. A la fin du mois d'août 1870, quoique n'étant pas améliorée, on tente de la faire sortir; mais elle rentre effarée tout de suite. Au mois de septembre, un mieux relatif se produit, mais les idées de crainte persistent; cet état continue jusqu'au mois de mars 1871, où la malade sort guérie.

Quatrième entrée. — Du 12 septembre 1871 au 28 janvier 1872.

Sentiment de malaise et de découragement qui ne lui permet pas d'agir par elle-même. Sort guérie.

Cinquième entrée. — Du 5 mars au 31 octobre 1872.

Délire triste ; découragée, à moitié stupide, privée d'initiative pour répondre et agir. Tendance à l'isolement, incapacité relative. — Il se produit une légère amélioration en avril, puis l'état reste stationnaire jusqu'en octobre, où la malade sort améliorée, mais non guérie.

Sixième entrée. — Du 4 avril au 31 août 1873.

Mélancolie simple. Triste, déprimée, sans hallucinations. Douce, affectueuse, mais ne peut se livrer à aucun travail. Préoccupations hypochondriaques. Sort guérie.

Septième entrée. — Du 26 décembre 1873 au 31 janvier 1875.

Mélancolie ; inertie, défaut d'initiative, dépression morale et physique. Pas d'hallucinations. S'occupe un peu. Cet état dure pendant toute l'année 1874. Au mois de janvier 1875, mélancolie et hypochondrie. Sort dans le même état.

Huitième entrée. — Du 2 février au 30 mai 1875. Mélancolie. La malade demande elle-même, paraît-il, à rentrer dans l'établissement toutes les fois qu'elle se trouve dominée par des idées de tristesse et de découragement. Sort guérie, le 30 mai.

Neuvième entrée. — Le 15 juin 1875.

La malade revient dans un état de violente surexcitation, agitation maniaque continuelle. Cette *période d'excitation* dure jusqu'au mois d'octobre.

Période de dépression : d'octobre 1875 au mois d'avril 1876.

Dépression mélancolique, conceptions hypochondriaques très actives. Etat physique mauvais.

Période d'excitation : d'avril à septembre 1876.

Légère excitation. Etat physique meilleur.

Période de dépression : de septembre 1876 à avril 1877.

Période d'excitation : d'avril à novembre 1877.

Période de dépression : de novembre 1877 à mai 1878.

Idées hypochondriaques ; elle va, dit-elle, mourir, etc.

Période d'excitation : de mai à septembre 1878.

Période de dépression : de septembre 1878 à février 1879.

Période d'excitation : de février à juin 1879.

La malade se plaint de tout et de tous ; elle critique tout ce qui se fait autour d'elle, dit du mal de tout le monde. Toujours en mouvement, causant beaucoup, s'habillant d'une façon bizarre, etc.

La *période de dépression,* commencée en juillet 1879, continue. La malade est triste, ne parle plus ; sans mouvement, elle reste assise toute la journée dans un coin. Idées hypochondriaques très actives, etc.

Remarques. — L'observation précédente demande à être résumée et commentée. — Nous ne connaissons pas la manière de vivre de M[lle] Reine jusqu'au moment où, pour la première fois, éclata chez elle un accès de mélancolie ; nous ne pourrions donc faire que des suppositions qui n'auraient aucune valeur. A partir de 1865, elle est prise, pendant dix ans, d'accès de mélancolie périodique, durant les uns trois mois, les autres six mois, quelques-uns davantage. Mais, sont-ce là de véritables accès de mélancolie périodique? Les intermissions ont-elles été de véritables retours à la raison, ou bien n'ont-elles été que la contre-partie de l'accès mélancolique, ne consistant qu'en une légère surexcitation générale qui, pour les personnes non prévenues, constituait un état de santé parfaite ? Il eût été utile de pouvoir obtenir sur ce point quelques renseignements. Quoi qu'il en soit, à partir de 1875, M[lle] Reine présente tous les symptômes d'une folie à double forme à type circulaire. Les périodes de dépression ont lieu toujours pendant les mois d'automne et d'hiver, de septembre à avril ; celles d'excitation, de mai à septembre, c'est-à-dire pendant le printemps et l'été.

Pendant la période de dépression, M[lle] Reine reste

immobile, assise dans un coin, les traits tirés, la figure exprimant la douleur. Quand on lui parle, elle répond à demi-voix ; elle se plaint de souffrir dans tous les membres, une barre de fer semble lui comprimer le cerveau ; le dos, l'estomac, les intestins, etc., tout lui fait mal. Les moindres mouvements lui sont pénibles et, si on la laissait faire, elle resterait au lit toute la journée. Elle se plaint de ne pouvoir manger, et cependant elle prend tous les aliments qui lui sont servis. Tous les matins, elle annonce qu'elle n'en a plus que pour peu de temps à vivre, et que, si les douleurs qui la font tant souffrir, continuent, elle ne tardera pas à mourir, etc.

Pendant la période de dépression, avons-nous dit, M[lle] Reine reste immobile et se plaint que tous les mouvements lui sont pénibles ; on observe le phénomène inverse pendant la période d'excitation. Alors, en effet, la malade est constamment en mouvement, elle va partout, observe tout, cherchant à prendre en défaut et religieuses et infirmières. Son intelligence surexcitée se tourne surtout vers la critique ; elle trouve tout mauvais, la nourriture ne vaut rien, et cependant elle mange beaucoup; ne pouvant dormir la nuit, elle s'en prend à son lit, dont « le matelas est plus dur que du bois ». Tout ce qui se fait est interprété à mal par elle. Souvent l'excitation monte à un degré plus élevé; alors ce sont des injures, des menaces que profère la malade. Généralement, pendant cette période, elle recherche les mises excentriques, le plus souvent débraillées ; mais elle s'habille ainsi exprès afin de pouvoir se plaindre qu'on lui refuse des vêtements propres, qu'on la laisse manquer de tout; et elle en fait retomber la faute sur les religieuses de la lingerie, etc.

Les deux périodes de l'accès durent chacune, ainsi qu'on

l'a vu plus haut, à peu près six mois; et aucune médication n'a pu jusqu'ici empêcher les symptômes de suivre leur cours.

3° *Mélancolie avec stupeur.*

Il nous reste à décrire enfin un dernier degré de l'état mélancolique de la folie à double forme, c'est la mélancolie avec stupeur. Les malades, dans ce cas, restent complètement immobiles, soit qu'ils soient debout dans un coin, ou qu'ils restent assis sur une chaise ou dans un fauteuil. Ils se tiennent la tête et les yeux baissés, ne profèrent plus une seule parole, ne répondent plus aux questions qu'on leur fait.

Souvent ces malades, quoique n'étant tourmentés par aucune conception délirante, par aucune de ces hallucinations terrifiantes qui obsèdent les aliénés atteints de mélancolie avec stupeur, présentent le facies de l'anxiété; ils font des mouvements d'efforts sur leur siège comme s'ils cherchaient à échapper à un danger; ils portent leurs bras en avant; leurs lèvres sont sans cesse en mouvement comme dans le phénomène de la mussitation.

On en voit quelquefois qui s'écorchent avec les ongles la peau du front et toujours à la même place.

Parmi ces malades, la plupart continuent « à penser, à réfléchir intérieurement et assistent, bien plus que les autres malades atteints de mélancolie avec stupeur, à tout ce qui se passe au dehors. Ils semblent étrangers au monde extérieur, mais, en réalité, ils voient et entendent tout ce qui se dit autour d'eux. Ils y assistent si bien que, plus tard, quand ils arrivent à la période d'excitation, ils

peuvent rendre compte avec beaucoup de détails, de tous les faits dont ils ont été témoins pendant leur état de mutisme et d'immobilité, au grand étonnement de ceux qui les ont observés pendant cette période et qui les croyaient absolument endormis[1] ».

Mais ces malades, qui se souviennent ainsi de tout ce qui s'est passé autour d'eux et peuvent en rendre compte exactement, une fois que la période dépressive est terminée, les perçoivent pour ainsi dire passivement, et ils avouent eux-mêmes que, pendant toute la durée de leur état de stupeur, ils étaient incapables de penser et de réfléchir. Les faits ambiants semblent s'imprégner dans leur cerveau, si l'on peut s'exprimer ainsi ; mais celui-ci ne possède plus la faculté de réagir ni par la pensée ni par l'action. Il se trouverait à peu près dans le cas de la plaque sensible du photographe sur laquelle viennent s'imprimer et se fixer les images produites par la lumière.

Mais il y a plus, certains d'entre ces malades, une fois sortis de cette période de stupeur, racontent que ce qui leur était surtout pénible, c'est que le temps leur paraissait avoir une longueur démesurée. Tous les actes qu'on les obligeait d'accomplir prenaient, au point de vue de la durée, des proportions considérables. Une malade, dont je cite l'observation plus loin, me raconta que, lorsque je la fis passer de la division où elle était à une autre, distante de la précédente de cinq cents mètres au plus, elle crut que ce petit voyage ne finirait jamais. N'y a-t-il pas là quelque chose, ayant une certaine analogie avec ce qui se produit sous l'influence du haschisch,

[1] J. Falret, *De la folie circulaire*, in *Arch. gén. de méd.*, 1878, t. II, p. 647.

et qui a été si bien décrit par M. Moreau (de Tours) dans les termes suivants[1] :

« Sous l'influence du haschisch, l'esprit peut tomber dans les plus étranges illusions relativement au temps et à l'espace. Le temps semble d'abord se traîner avec une lenteur qui désespère. Les minutes deviennent des heures, les heures des journées ; bientôt, d'exagération en exagération, toute idée précise de durée nous échappe, le passé et le présent se confondent... » Puis l'auteur cite une expérience faite sur lui-même et dans laquelle il a ressenti la même illusion que la malade dont je viens de parler : « J'étais encore assez peu familiarisé avec les effets du haschisch, dit-il, lorsque un soir traversant le passage de l'Opéra, je fus frappé de la longueur du temps que je mettais pour arriver jusqu'au bout. J'avais fait quelques pas, au plus, qu'il me semblait qu'il y avait bien deux ou trois heures que j'étais là. Je fixai mon attention sur les personnes, qui étaient nombreuses comme d'habitude ; je remarquai très bien que les unes me dépassaient, tandis que j'en laissais d'autres derrière moi... J'eus beau faire, je ne pouvais me désabuser. J'eus beau hâter le pas, le temps n'en marcha pas plus vite.

« Il me semblait, en outre, que le passage était d'une longueur à ne pas finir, et que l'extrémité vers laquelle je me dirigeais s'éloignait à mesure que j'avançais. J'éprouvai plusieurs fois ce genre d'illusion en parcourant les boulevards. Vues à une certaine distance, les personnes et les choses m'apparaissaient comme si je les eusse considérées par le gros bout d'une lunette d'approche. »

[1] *Du hachisch et de l'aliénation mentale*, Paris, 1845, p. 68.

Mais la stupeur de la folie à double forme n'est pas toujours simple, si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire caractérisée uniquement par la suspension de quelques-uns des phénomènes essentiels du fonctionnement normal de l'intelligence ; il y a aussi des cas où elle est accompagnée de conceptions délirantes, d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, présentant tous les symptômes de cet état de stupidité, si bien décrit par M. Baillarger[1].

Les malades qui sont dans cet état n'ont de la stupidité que les apparences ; car il y a, au contraire, chez eux un délire tout intérieur dont ils peuvent rendre compte lorsqu'ils sont sortis de cette période. Ce délire, qui est de nature exclusivement triste, est principalement caractérisé par un trouble des sensations et par des illusions nombreuses qui transportent les malades dans un monde imaginaire. Ainsi, dans une observation citée plus loin (Obs. XIV), on voit une malade qui, durant cette période de stupeur, était prise de frayeurs, de craintes imaginaires, d'hallucinations terrifiantes ; elle croyait qu'on voulait l'arrêter ; elle voyait des soldats entrer chez elle et entourer son lit pour venir la prendre ; elle se croyait morte ou dans la bière, voyait des fantômes, des revenants, sentait des odeurs pestilentielles autour d'elle, etc.

Dans les divers degrés de stupeur que nous venons de décrire, il se produit parfois des phénomènes cataleptiformes ; ainsi les malades peuvent tenir, pendant un temps plus ou moins long, les bras étendus dans la position où on les met.

En outre, il peut se présenter, par moments très courts, des crises d'excitation ; les malades font des mouvements

[1] *De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité*, in *Ann. méd.-psych.*, 1843.

désordonnés, poussent des cris, articulent des mots sans suite. Cela dure quelques heures, puis tout rentre dans le silence.

Enfin, il y a certains malades — et le professeur Krafft-Ebing en cite quelques exemples qu'on trouvera plus loin — qui se livrent, pour ainsi dire machinalement et en public, à un onanisme effréné; on en a vu même qui cherchaient à s'introduire des corps étrangers dans le canal de l'urèthre.

Nous allons faire suivre cette description de quelques observations qui pourront être considérées comme des types des différents degrés de stupeur, où peuvent tomber les aliénés atteints de folie à double forme.

Observation XI (personnelle).

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. — Période de dépression caractérisée par de la stupeur simple. — Période d'excitation avec exaltation générale. — Hérédité.*

Mme Julie, trente-trois ans, mariée, présente de graves antécédents héréditaires : le grand-père paternel était alcoolique et se serait même pendu; la grand'mère maternelle, très nerveuse, violente, aurait eu de véritables accès de folie; le père est faible d'intelligence; la mère, très nerveuse, a eu des accès de mélancolie.

Mme Julie a toujours eu un caractère difficile, volontaire. A la suite de contrariétés de famille, elle a cessé toutes relations avec son mari; elle habite ainsi seule, depuis six ans, dans la même maison que ce dernier, ayant avec elle son enfant et vivant avec six cents francs.

En 1878, elle eut de violentes céphalalgies, traitées par le bromure de potassium à haute dose.

Au mois de mars 1878, premier accès de mélancolie qui est

allé jusqu'à la stupeur et qui s'est terminée en juillet de la même année. A cette phase de dépression a succédé un état de quasilucidité qui a duré jusqu'au mois de septembre. A ce moment a commencé une période d'excitation qui, d'après le certificat du médecin traitant, a présenté les caractères suivants :

« Une volubilité de paroles, un degré d'imagination, une activité, un besoin de mouvement et de déplacement qui sont tout à fait en dehors de la manière d'être et des facultés de la malade à l'état de santé : elle a de plus la monomanie d'emprunter, même des sommes assez importantes, chez des personnes presque inconnues ; elle achète à tort et à travers toute espèce de choses qui lui sont inutiles ; cinq robes dans un magasin, pour quatre ou cinq cents francs de mobilier ; elle loue un appartement en ville, sans consulter ni ses parents ni son mari. »

C'est dans cet état d'exaltation générale que la malade est conduite à la maison de Charenton, le 18 octobre 1878. Elle parle avec volubilité de toutes sortes de choses ; elle dit que son fils est beau, ainsi que son père, son frère, son médecin ; elle veut faire venir immédiatement toutes ces personnes par dépêches télégraphiques ; elle parle de tout, sans suite, mais sans délire. Elle se montre affectée de son entrée à Charenton, car elle n'est pas folle, dit-elle. Elle avoue cependant qu'elle désirait entrer dans une maison de santé, mais avec des gens raisonnables et qu'elle n'a été conduite ici que par erreur.

Le lendemain de son entrée, elle remet au médecin une lettre de quatorze pages, très incohérente ; elle a écrit sur tous les coins, en travers et même sur l'enveloppe.

Cet état dure jusqu'au mois de février 1879. Ainsi, pendant près de quatre mois, elle vit, pour ainsi dire, dans une exaltation continuelle, dormant très peu, toujours en mouvement, parle sans cesse, mais sans délirer, s'occupant de tout, injuriant le personnel, menaçant tout le monde de faire des dénonciations aux grands personnages qu'elle dit connaître.

Cependant, au mois de novembre 1878, à l'époque de la

menstruation, il y a eu, pendant quelques jours, un véritable accès d'agitation ; la malade devient désordonnée dans tous ses actes, elle est sale, fait ses besoins au milieu de sa chambre, a des accès de colère furieuse, menace sa bonne, etc.

Puis les réclamations incessantes recommencent ; les personnes dont elle faisait autrefois le plus grand éloge, elle les exècre aujourd'hui ; elle accuse de toutes sortes d'infamies sa mère, son mari ; elle veut leur intenter des procès ainsi qu'au médecin qui a fait le certificat pour la placer et au médecin de l'établissement ; elle veut demander à ce dernier mille francs d'indemnité par jour passé dans la maison, etc.

Avec cela, besoin constant d'agir ; elle écrit lettres sur lettres pour expliquer les actes déraisonnables qu'elle a accomplis chez elle ; elle exprime toutes sortes de désirs et se met en colère lorsqu'on ne les satisfait pas sur l'heure ; ainsi elle exige des meubles, des vêtements de prix, etc.

La malade dort peu ; mais mange beaucoup et gagne de l'embonpoint.

Pendant le mois de janvier 1879, on voit l'exaltation se calmer ; la malade devient plus sociable et cesse d'être agressive.

Dans les premiers jours de février, elle semble presque rétablie ; on ne remarque plus que la tendance à critiquer, à dire du mal des autres. Le 6 et le 7 du même mois, elle dit s'ennuyer beaucoup et pleure souvent.

Période de dépression. — A partir du 8 février, la malade change complètement et entre dans une nouvelle phase de sa maladie. Lorsque, au commencement de mars, nous prenons le service, nous constatons chez elle les symptômes suivants : prostration complète, la face de la malade est pâle, la physionomie est sans expression. Mutisme complet, inertie, on est obligé de faire marcher la malade, sans cela elle ne bougerait pas de son siège. Plus tard, elle manifeste des terreurs vagues, surtout pendant la nuit. Elle reste toute la journée assise sur une chaise, tremblante et faisant des efforts pour fuir du lieu où elle est ; ses lèvres sont sans cesse en mouvement, comme si elle marmottait en elle-même. Souvent elle

tient les bras tendus et prend des poses cataleptiformes. Quand elle dit quelques mots, ils semblent sortir du fond de la gorge et sont peu intelligibles. Souvent elle se gratte le front au niveau de la racine des cheveux et elle est arrivé à se faire ainsi une petite plaie de la grandeur d'une pièce de vingt centimes. Elle mange difficilement, il faut l'y pousser, elle croit que rien ne peut passer. A un moment donné, et pendant plusieurs jours, sialorrhée ; la salive s'écoule par la bouche entr'ouverte. Constipation. Gâte quelquefois.

Au mois de mars, Mme Julie commence à sortir un peu de sa stupeur ; elle rit avec la sœur, lui dit quelques mots ; mais, quand le médecin arrive et pendant tout le temps de la visite, elle demeure dans un complet mutisme. Elle ne reste plus clouée toute la journée sur sa chaise, mais sa démarche est lente et comme pénible.

L'état va en s'améliorant pendant les mois suivants. La malade commence à causer, mais en bredouillant et à voix basse ; la physionomie est encore hébétée, mais Mme Julie semble comprendre tout ce qu'on lui dit. Elle s'occupe de quelques travaux de couture. L'appétit est revenu, et la malade mange seule.

Au mois de septembre, l'amélioration semble complète ; Mme Julie cause, sourit, s'occupe avec suite, en un mot est devenue sociable, elle demande même à s'en aller ; toutes ses facultés paraissent revenues à l'état normal.

La malade dit sortir d'un rêve ; elle ne se rappelle d'abord que très vaguement les faits passés pendant toute cette période, « elle est obligée, dit-elle, de faire des efforts de mémoire pour se rappeler tous les incidents qui viennent de se passer ». Elle se souvient de bien des faits dont je lui parle et, rien qu'en les lui citant, j'arrive à faire renaître dans son esprit les circonstances qui les ont accompagnés. Un fait curieux qu'elle me raconte, c'est que le temps lui a paru démesurément long ; les moindres actes qu'on l'obligeait à accomplir lui paraissaient ne jamais devoir prendre fin. Ainsi, un jour, je la fis transférer de la division où elle se trouvait à une distance de cinq cents mètres environ de la précédente. Cette

course fut pour elle un long voyage, un voyage sans fin, ajoute-t-elle, et elle arriva au but harassée, brisée, quoiqu'elle eût fait le trajet dans une petite voiture.

La menstruation n'a pas paru pendant tout le cours de cette période.

Période d'excitation. — Mais l'amélioration constatée n'était, pour ainsi dire, que de surface et devait surtout n'être que de peu de durée. Bientôt, en effet, on voit la malade hausser le ton, devenir exigeante, insoumise, de soumise qu'elle était; puis peu à peu elle commence à parler avec une certaine volubilité.

Au mois d'octobre, l'exaltation est complète. La malade ne peut rester en place, cause sans cesse, fait des projets de toute sorte; elle veut aller à l'Opéra, faire des achats dans les grands magasins de Paris, a mille demandes à faire. Elle écrit plus de vingt lettres par jour et couvre de son écriture même les enveloppes. Ses exigences et ses désirs augmentent avec le temps et de jour en jour; elle fait des listes sans fin d'objets à acheter, veut emmener les religieuses, le médecin, les internes, dîner dans les plus grands restaurants; écrit lettres sur lettres à des personnages qu'elle ne connaît pas; veut envoyer des télégrammes de plusieurs pages; désire faire faire sa statue en pied par un sculpteur en renom, etc.

Pendant tout le reste de l'année 1879 et jusqu'au mois d'avril 1880, cet état d'exaltation continue sans modification. La loquacité intarissable, les bavardages sans fin, ne cessent pas. La malade s'occupe de tout, critique tout, prend en haine les personnes qui l'entourent et se plaint sans motifs de tout et de tout le monde. Avec cela, toujours les mêmes projets insensés, la même mobilité, le même besoin d'agir, qu'elle dépense surtout à écrire des lettres.

Grand appétit; la malade a gagné beaucoup d'embonpoint. Peu de sommeil. La menstruation s'est rétablie avec cette période et a été très régulière depuis lors, même pendant la longue phase dépressive qui a suivi.

A la fin du mois de mai, le calme est complètement rétabli; mais à partir du 5 juin, Mme Julie se sent fatiguée, lasse,

elle ne parle presque plus ; elle a peur de redevenir mélancolique et lutte pour ne pas retomber dans cette nouvelle phase de son affection. Malgré tous ses efforts, la maladie suit son cours et l'état de stupeur revient, mais avec moins d'intensité que dans l'accès précédent. Cette période dépressive est plus longue que les précédentes, puisque, au moment où nous complétons cette observation (mars 1882), elle dure encore; néanmoins quelques indices (lettres écrites par la malade, désir de faire de la musique, etc.) permettent de supposer que la phase d'excitation est proche.

Les deux observations suivantes, empruntées au professeur Krafft-Ebing, présentent quelques caractères particuliers. Les deux aliénés qui en sont l'objet, ont, pendant la période de stupeur, des explosions momentanées d'agitation avec cris, mouvements désordonnés ; de plus, pendant cette même période, ils se livrent tous deux à un onanisme effréné.

Observation XII [1].

Sommaire. — *Folie à double forme. — Période de dépression caractérisée par la stupeur et des explosions momentanées d'agitation. — Onanisme. — Période d'excitation avec simple exaltation. — Guérison.*

Heschl, quinze ans, fils de cultivateur, né de parents qu'on dit bien portants; lui-même n'a jamais rien présenté de particulier.

En mai 1878, son frère dut partir pour l'armée bosniaque et, vers la même époque, son cheval favori mourut. Il fut très attristé de ces événements, se contint en apparence; mais quinze jours après, il fut abattu, taciturne, se plaignit d'anxiété

[1] *Lehrbuch für Psychiatrie.* Stuttgart, 1880, t. III, obs. 110, p. 141.

précordiale, pleura beaucoup. Dans le courant de la troisième semaine de cet état mélancolique, il devient subitement gai, turbulent, chante, siffle, cause avec volubilité et d'une manière embrouillée, de chevaux, de chiens et d'autres choses. Après une durée de six jours de cet état, il tombe dans la stupeur, devient muet, reste debout dans les coins, ne fait rien sans y être contraint.

Deux jours après, nouvelle exaltation; il chante, saute, siffle, parle sans fin et sans suite.

Le malade entre, dans cet état, à l'asile, le 30 octobre 1878.

Le malade est de taille moyenne, développé pour son âge, sauf les organes génitaux qui sont encore ceux d'un enfant. Le crâne est de forme ronde, les sutures non soudées. Le malade est sans fièvre, sans troubles de la vie végétative. Il rit, chante, siffle, danse. La conscience des actes n'est pas profondément troublée, car il explique sa folle conduite en disant qu'à un fou tout est permis. Grande mobilité et rapidité d'idées, mais sans aller jusqu'à l'incohérence. Moqueur, sarcastique, spirituel, grand sentiment de sa personnalité, pathos comique; disposition constante à la gaieté, sauf par moments où il est douloureusement affecté par le souvenir de son frère. Le malade dort peu, mange beaucoup. La salivation, remarquée pendant les premiers jours, cesse bientôt. Grand besoin de mouvement, que le malade satisfait en dérangeant les meubles, en se déshabillant, et qui va parfois jusqu'à la destruction.

Un jour, on trouve le malade à genoux par terre, la poitrine nue et sur celle-ci un papier collé avec de la salive. Il attend que l'Empereur et Roi passe pour tirer sur lui. Puis il fait le signe de la croix et s'imagine que le Saint-Esprit est dans sa tête, il se moque de la prière, il s'appelle empereur et roi François-Joseph.

A la fin du mois de novembre, après s'être laissé aller pendant les derniers jours, de temps en temps, à des attitudes forcées et bizarres, il se produit un état de profonde stupeur. Le malade est muet, se tient debout sans parler. Pas de symptômes de mélancolie. Rapide diminution du poids du corps,

extérieur épuisé, anémique, pouls radial très petit, à peine sensible. Le malade se livre sans mesure à l'onanisme, même devant les autres ; il cherche souvent à s'introduire des corps étrangers dans l'urèthre. Au milieu de cette stupeur, il se met, pendant des heures, à chanter, danser, crier, s'escrimer d'une façon grotesque, faire des mouvements de natation. Après un grand nombre de tels épisodes d'excitation, on vit se produire de nouveau, le 28 février, l'état maniaque avec les mêmes symptômes que plus haut.

Le 13 mars, le malade tombe de nouveau dans la stupeur qui se termine à la fin de mars, en même temps qu'on constate une augmentation très marquée de l'embonpoint. Encore cette fois, on constate des épisodes d'excitation (rires, grimaces, volubilité). Au commencement d'avril, l'embonpoint augmente rapidement ; cependant le malade est fatigué et a besoin de beaucoup de repos. Son grand penchant à l'onanisme demande encore une surveillance constante.

Fin avril, le malade peut être considéré comme guéri. Il ne se rappelle que d'une façon sommaire les incidents de sa maladie, particulièrement ceux de la période de stupeur. Au début de sa maladie, il avait peur du feu et en voyait même réellement.

Observation XIII [1].

Sommaire. — *Folie à double forme. — Période de dépression caractérisée par de la stupeur avec courts moments d'excitation.— Période d'excitation avec agitation maniaque.— Onanisme.— Guérison.*

Schaffer, vingt-deux ans, célibataire, domestique, né d'une famille qu'on dit bien portante ; toutefois son père, quelque temps avant sa mort, aurait présenté des troubles psychiques et sa mère aurait souffert d'habituelles céphalalgies.

Le malade a été bien portant jusqu'à l'époque de la puberté. A partir de cette époque, il devient maladif, souffre d'une

[1] Krafft-Ebing, *Lekrbuch für Psychiatrie,* Stuttgart, 1880, t. III, obs. III, p. 124.

faiblesse générale et de palpitations, et pour ces motifs est exempté du service militaire. Cet état était sans doute le résultat de l'onanisme auquel le malade se livrait depuis longtemps avec ardeur ; il dit lui-même que cette habitude lui a fait perdre toutes ses forces.

1877.— Après une violente émotion morale, il serait tombé subitement dans la stupeur avec excitation maniaque par intervalles. Huit jours après, il était remis.

Le 25 août 1878, il s'anime à la danse, boit trop et subit de profondes humiliations de la part de sa maîtresse. Le 26, il paraît triste, de mauvaise humeur ; quelques heures après, il tombe dans une profonde stupeur, sans mouvement.

Le 28, il commence à gesticuler, à parler par assonances, à prêcher, à s'agiter. Il renverse tout, se roule par terre, demande que le curé le marie, parle d'une façon tout à fait incohérente.

Le 30, il redevient stupide, et c'est dans cet état qu'il arrive à la clinique. Le malade est de taille moyenne, assez bien nourri, crâne rhombocéphale, voûte palatine raide et étroite. Pupilles dilatées, peu mobiles. En dehors de cela, rien de particulier au point de vue somatique. Le malade est couché par terre sans mouvement, muet, stupide ; il garde des positions forcées.

Le 31 août, recommence une période d'excitation. Le malade parle par assonances, récite en bon allemand des passages de la Bible, prêche, fait des gestes tragiques, dit dans un grand pathos toute sorte d'insanités, par exemple : 2 fois 6 font 12, 18 est mon frère, etc. Quand on veut le déshabiller, il se défend en désespéré, crie d'une voix formidable, grince des dents, fait des contorsions du visage. Dès qu'on le laisse tranquille, il se lève d'un air menaçant et les poings levés, et crie : « Venez donc ici ! » Pendant des heures, il est de nouveau tranquille, passablement lucide jusqu'au moment de la visite. Parfois aussi se manifestent des périodes de stupeur de plusieurs heures de durée avec poses théâtrales et états cataleptiformes ; mais en réalité le malade reste, jusqu'au 16 septembre, dans un état d'excitation maniaque, avec insomnie, grande incohérence, reconnaissant comme lui appar-

tenant tout ce qui l'entoure, volubilité confuse et profuse en bon allemand, discours pathétiques et insinuants où il est beaucoup question de Dieu, de la sainte Vierge, de sa maîtresse, etc.

Le 16 septembre, le malade retombe de nouveau dans la stupeur et y reste jusqu'au 14 novembre. Il n'a pas conscience de ses actes, laisse aller sous lui, prend de temps en temps des poses cataleptiformes et des positions forcées, reste des heures entières debout à la même place, les yeux dans un léger strabisme convergent fixés dans le vide. Le malade est le plus souvent muet et ce n'est qu'une fois en passant qu'il dit des insanités d'un ton pathétique et qu'il fait l'observation suivante : « Il y a un Dieu et trois personnes divines.» Puis, pendant quelques instants, il parle par assonances, et dit : « Flug, Fliege, Fleck, etc. » (en allemand). Ordinairement il paraît ahuri, silencieux, stupide. Le 13, il est un peu plus éveillé. Le malade raconte que le sang lui monte à la tête, le rend tout troublé et lui donne des vertiges. De fait on constate souvent chez lui une rougeur subite au visage. On remarque que le malade se masturbe aussi pendant la stupeur et que par cela même celle-ci augmente (Bromure de potassium, frictions, surveillance assidue).

Le 14 novembre, réapparaît la période d'exaltation. Le malade est insomne, prêche, dit d'une façon pathétique toute sorte d'insanités : « C'est ici la maison du malheur, je ne sais pas, c'est une cochonnerie », et par occasion parle par assonances, par exemple : « Fisch, Fischerl, Haïfisch, Stockfisch », etc. (en allemand). Grande incohérence, paroles et lambeaux de phrases isolées. Grand trouble de la conscience. Prend ceux qui l'entourent pour le pape, des évêques; de temps à autre aussi, cris au feu. D'un état mental bien défini, il ne peut être question dans ce cas, car il se présente des moments gais et douloureux. Le malade est dans un besoin d'agir continuel ; il met en miettes le contenu de sa paillasse, tourne des heures entières autour de son axe, s'arrêtant à chaque demi-tour et criant à l'aventure un mot tel que: « Pourquoi — causes — frère — Antoine — droite — halte — méde-

cin militaire — non, » etc. Puis de nouveau il prend des attitudes forcées, bizarres ; une fois en passant il devient enragé questionneur.

Le 29 novembre, le malade est tranquille, en stupeur. La stupeur, avec les mêmes symptômes que précédemment, se dissipe au commencement de décembre ; mais il reste encore une certaine contrainte dans sa physionomie et dans son extérieur, avec tendance à prendre des attitudes bizarres. La parole devient libre ; mais le malade a toujours un langage affecté et ne parle que le bon allemand. Au milieu de décembre, il est tout à fait tranquille, ordonné ; plus de troubles de la motilité.

Il raconte qu'il se souvient de tous les incidents de la maladie. Il avait la tête toute troublée ; tout tournait autour de lui, en même temps il voyait toutes sortes de figures. Les pieds et les mains lui semblaient douloureux et, par moments, comme morts. Il était forcé de tourner en cercle, parce que cela lui rendait la tête libre.

Le malade sort guéri, le 10 janvier 1879.

Nous terminerons par une observation de M. Baillarger, que cet éminent aliéniste a communiquée à M. le Dr Geoffroy [1]. C'est l'histoire d'une malade de la Salpêtrière qui, pendant la période de stupeur, présentait un délire interne très actif avec hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Observation XIV.

Sommaire. — *Folie à double forme. — Période de dépression caractérisée par de la stupeur avec délire interne et hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Période d'excitation avec agitation maniaque, excès vénériens,* etc. — *Hérédité.*

M... (Elisa), âgée de vingt ans, est entrée à la Salpêtrière, le 19 septembre 1850, dans un état de mélancolie assez pro-

[1] *Thèse de Paris*, 1861. p. 77.

noncée. Cette jeune fille a de tristes antécédents héréditaires: sa grand' mère paternelle est morte aliénée à la Salpêtrière, à soixante-quatre ans, en 1829 (elle était atteinte de mélancolie avec agitation); sa mère est morte aussi dans le même hospice, à quarante ans, en 1839, atteinte de lypémanie suicide; une tante paternelle est sujette à des accès de congestion cérébrale, et un frère est d'un caractère excessivement faible. M... a toujours été triste et mélancolique, et parlait souvent de mourir. Elle est tombée malade vers le 20 mai, à la suite d'émotions morales; en effet, elle s'était trouvée mal dans la rue à la vue d'une rixe sanglante, alors qu'elle avait ses règles, dans les premiers jours de mai; en même temps, sa maîtresse d'atelier fut obligée de la renvoyer faute d'ouvrage, ce qui augmenta encore son chagrin. Peu après, la jeune M... fut prise de frayeurs, de craintes imaginaires, et eut des hallucinations terrifiantes : elle croyait qu'on voulait l'arrêter, qu'on l'avait dénoncée; elle voyait des soldats entrer chez elle et entourer son lit pour venir la prendre, ou bien elle se croyait morte ou dans la bière, voyait des fantômes, des revenants, sentait des odeurs pestilentielles autour d'elle. La plupart de ces phénomènes avaient lieu pendant la nuit et venaient la troubler dans son sommeil. Depuis lors, les règles ne se sont pas montrées.

Lors de son entrée à l'hospice, la malade est triste, passe ses journées immobile sur une chaise, ne demandant jamais rien, n'adressant la parole à personne; les yeux sont largement ouverts, la physionomie a un air d'hébétude et de stupeur. On a beaucoup de peine à obtenir une réponse de la malade; il faut l'exciter pour parvenir à savoir qu'elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et qu'elle prend l'hospice pour une prison où elle se croit renfermée; elle se plaint de céphalalgie et gâte un peu; le pouls est lent et petit, les mains sont froides. Après un traitement suivi (purgatifs, vésicatoires à la nuque, sangsues aux cuisses), la malade redevient gaie, travaille, et sort au bout de trois mois (27 décembre), sans que les règles aient apparu une seule fois, et présentant par moments une certaine apathie.

Elle rentre un mois après (janvier 1851) dans un état d'agitation prononcée; elle est alors difficile, querelleuse, impérieuse, se tient mal, parle avec loquacité, a le regard animé. Cet état cesse graduellement, et la jeune M... sort de nouveau six mois après (juillet 1851).

L'année suivante (avril 1852), elle est ramenée pour la troisième fois dans le même état maniaque, et après avoir tenu dans Paris la conduite la plus scandaleuse, se livrant à une véritable prostitution, vendant tous ses effets, tenant un langage obscène, troublant l'ordre public. A cette période de manie succède peu à peu une période de mélancolie avec stupeur, qui dure près de deux mois ; après quoi la malade sort guérie en apparence (février 1853).

Mais elle est réintégrée à la Salpêtrière un mois après (15 mars), pour la quatrième fois, toujours avec la même excitation; et pendant six semaines que cela dure, elle est très agitée, crie, court après les ouvriers qu'elle rencontre dans sa division, tient des paroles obscènes, vole tout le monde, et cherche même à s'étrangler avec un lacet. A cette période d'agitation succède un calme complet. M... cause raisonnablement, est tranquille, soumise, travaille, mange et dort bien. Au bout de six semaines, nouvelle période de dépression ; immobilité, hébétude, abattement, stupeur, mutisme, extrémités froides. La malade n'aime pas qu'on s'occupe d'elle, et paraît anxieuse quand on s'approche de sa place ; cependant la mélancolie paraît moins profonde que lors des autres accès.

Telles sont les alternatives dans lesquelles a vécu cette jeune fille pendant plusieurs années.

Symptômes physiques.

La situation mentale que présentent les malades pendant cette période de dépression, soit que l'état mélancolique soit simple ou accompagné de conceptions délirantes, soit qu'il se présente avec tous les caractères de

la stupeur, — cette situation cérébrale doit nécessairement avoir son retentissement sur les autres fonctions de l'organisme. Aussi ne sera-t-on pas étonné d'observer dans la santé physique générale des modifications profondes, puis des troubles plus ou moins marqués de la circulation, de la respiration, des sécrétions, de la sensibilité générale ou spéciale, etc. Ce sont ces symptômes que nous allons étudier.

La santé physique se ressent, avons-nous dit, de l'état de dépression du moral. En effet, on constate chez tous les malades un amaigrissement notable ; le poids du corps diminue de plusieurs kilogrammes en peu de temps, ainsi que l'a constaté M. Baillarger chez une de ses malades. Celle-ci, ainsi qu'on peut le voir plus haut (Obs. I), a perdu 6 kilogrammes en l'espace de quinze jours. Une autre malade, dont nous citons l'histoire au chapitre suivant, perdait jusqu'à 12 kilogrammes pendant la période mélancolique.

Cet amaigrissement considérable est dû à plusieurs causes. Généralement ces malades mangent peu, leurs digestions sont pénibles, et la nutrition se fait mal. Il en est surtout ainsi chez ceux qui sont tombés dans la stupeur ou bien ceux qui ont des idées d'empoisonnement, qui refusent de manger, et certes alors l'alimentation forcée par la sonde œsophagienne ne peut pas toujours arrêter les progrès de l'amaigrissement.

Toutes les sécrétions sont diminuées, quelquefois même taries, comme celles de la salive et des larmes. Par l'absence de la transpiration, la peau devient sèche et rugueuse. Les urines sont rares et très peu abondantes. Nous avons dit que, parfois, la sécrétion salivaire était tarie : mais il y a des cas, surtout lorsque les malades

atteignent les derniers degrés de la stupeur, où se produit une véritable sialorrhée, qui peut n'être que momentanée, mais qui dure quelquefois aussi plusieurs semaines. Comme exemple, nous citerons le malade de l'ObservationXI, qui, pendant plusieurs jours, se présenta à nos yeux la tête penchée sur le côté et laissant couler par la bouche entr'ouverte un filet de salive. Nous avons eu autrefois l'occasion d'observer une autre malade qui, pendant la période de stupeur, présentait une sialorrhée si abondante qu'on avait été obligé de lui arranger un tablier en forme de rigole, communiquant avec une cuvette.

La constipation est fréquente et presque de règle pendant cette période de dépression. Quelquefois, surtout lorsque les malades arrivent à la stupeur, ils gâtent; qu'ils soient assis ou debout, ou même qu'ils marchent, ils laissent aller sous eux urine et excréments. Les observations citées plus haut en donnent quelques exemples.

La respiration est ralentie; le nombre des inspirations par minute est notablement diminué et s'éloigne du chiffre 13 à 14, qui est le chiffre normal. On comprend dès lors pourquoi le mouvement respiratoire devient presque insensible; mais, comme le fait remarquer M. J. Falret[1], quelques soupirs, qui se produisent de temps en temps, suppléent à l'insuffisance de la respiration habituelle.

De même que la respiration, la circulation présente un ralentissement marqué. Le nombre des pulsations est diminué; mais il y a toutefois lieu de faire une distinc-

[1] *Loc. cit.*, p. 645.

tion. Il faut, en effet, admettre une diminution relative et ce qu'on pourrait appeler une diminution absolue.

Par la première, j'entends celle comparée au nombre de pulsations qu'on observe dans la période d'excitation. Le pouls qui monte jusqu'à 120, lorsque le malade est agité, tombe, pendant la dépression, à 70 ou 80 pulsations par minute, chiffre qui ne s'écarte pas de la moyenne chez l'homme sain, mais qui s'écarte considérablement de celui qu'on obtient pendant la période d'excitation.

Mais il existe une seconde diminution — celle que j'appelle absolue — c'est lorsque le pouls tombe au-dessous de la normale ; on obtient alors les chiffres de 65, 60, 45, et même 30 et 25 pulsations. Dans ces cas, le pouls est lent et petit, parfois peu sensible et même filiforme.

On conçoit aisément que, l'impulsion cardiaque étant ainsi diminuée, la circulation générale soit troublée, que la marche du liquide sanguin rencontre des obstacles, que le cours du sang dans les veines soit ralenti ; aussi ne s'étonnera-t-on pas de trouver, chez les malades dont le pouls est ainsi ralenti, les extrémités froides, quelquefois même enflées et bleuâtres, de la cyanose de la face, etc. Un des cas les plus curieux de troubles de la circulation dans la folie à double forme qui ait été publié, est celui de M. Verron. C'est un exemple des plus remarquables de ralentissement du pouls pendant la période de dépression, et, à ce titre, il mérite d'être rapporté ici.

Observation XV [1].

Sommaire. — *Folie à double forme. — Agitation maniaque pendant quinze à vingt jours. — Engourdissement profond pendant le même temps avec accompagnement de cyanose. — Retour invariable et régulier des deux périodes pendant plusieurs années et jusqu'à la mort. — Le pouls bat 90 à 100 durant la période d'excitation, et tombe à 30 et même 25 pendant la période de stupeur.*

M..., de Besançon (Doubs), célibataire, sans profession, était âgé de trente-deux ans lors de sa séquestration à l'asile de Dôle, qui eut lieu d'office, le 21 octobre 1845.

Ce malade nous a présenté, lors de notre arrivée à l'asile de Dôle (1853), l'état suivant, qui s'est reproduit invariablement, de la même manière, jusqu'à son décès, qui a eu lieu le 19 novembre 1858, par suite de pneumonie.

M... avait régulièrement des périodes d'excitation maniaque et de profonde dépression, dont la durée était égale.

Cet homme, de haute stature, d'un tempérament fortement sanguin, au front déprimé, était, pendant quinze ou vingt jours, en proie à une agitation maniaque des plus violentes. Son visage alors était rouge et fortement animé ; ses yeux étaient brillants et intelligents. Tout son corps était fortement coloré, le pouls marquait de 90 à 100 pulsations.

Les paroles étaient incohérentes et exprimaient la gaieté la plus expansive. Il était continuellement en mouvement, d'une turbulence excessive, et sa loquacité était intarissable. Il dormait peu, riait et parlait sans cesse.

Tout à coup, et assez brusquement, cet état de surexcitation disparaissait, pour faire place à un état de prostration remarquable.

M... baissait la tête, fermait les yeux et cessait de parler avec autant de volubilité. La période de dépression commençait ; le pouls descendait graduellement à 30 et même à 25

[1] In *Archives cliniques des maladies mentales*, t. I, p. 5, Paris, 1861.

pulsations. Lorsqu'il était à ce chiffre, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures environ, M... était immobile et restait plongé dans un engourdissement, dont rien ne pouvait le tirer. Son visage était bouffi et fortement cyanosé. Il tenait constamment les yeux fermés ; ses mains étaient crispées, et toute la surface de son corps était aussi fortement cyanosée que son visage.

On eût dit, à la première vue, que cet homme était atteint de choléra asiatique. Impossible alors d'obtenir de lui la moindre parole ; seulement, je remarquais que chaque fois que je lui adressais des questions, il se manifestait dans ses paupières, qu'il tenait constamment fermées, un léger frémissement qui se renouvelait à chacune de mes interpellations. Il se tenait droit et immobile, les poings fortement serrés, et sans dire un mot pendant toute la journée. Cet homme, d une grande gloutonnerie pendant la période d'excitation, était devenu tellement étranger à tout ce qui se passait autour de lui, que, pendant le cours de la période contraire, il ne songeait pas même à prendre des aliments, et que l'on était obligé de le faire manger comme un enfant.

Cet état de torpeur et d'engourdissement général persistait pendant quinze à vingt jours.

Tout à coup le pouls s'élevait, la cyanose générale disparaissait ; ses yeux s'ouvraient, et aussitôt sa loquacité signalait le début d'une nouvelle période d'excitation.

Ces alternatives *régulières* d'excitation maniaque et de dépression ont continué jusqu'au moment de son décès.

Mais outre les troubles de la circulation que nous venons d'indiquer, il en est un autre qui, sous les noms divers de doigt mort, de syncope locale des extrémités, d'asphyxie locale des extrémités, n'est que l'expression d'un même phénomène physiologique, variable d'intensité et de durée, c'est-à-dire le spasme des vaisseaux capillaires. Ce trouble de la circulation avec tous les symptômes qui en sont la conséquence, a été décrit pour

la première fois par Maurice Raynaud[1]. Ce savant médecin avait fait la remarque que « ce sont surtout des femmes plus ou moins sujettes à différents accidents névropathiques, qui s'en sont montrées atteintes ». Il ne paraîtra donc nullement étonnant de rencontrer la syncope locale des extrémités chez certaines aliénées. Pour nous, il nous a été donné de l'observer récemment deux fois et chez deux malades atteintes de folie à double forme à type circulaire, dont l'une est celle de l'observation suivante. Quant à l'autre, son histoire sera citée plus loin (V. Obs. LII).

Observation XVI (personnelle).

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. — Période d'excitation caractérisée par des symptômes d'agitation maniaque et des impulsions violentes. — Période de dépression avec simple état mélancolique. — Syncope locale à plusieurs doigts des deux mains.*

Mme Lucie, née en 1828, entre à la maison de Charenton, le 9 avril 1856. Cette dame, qui a reçu une éducation brillante et une instruction variée, a cependant toujours eu des goûts étranges, des habitudes excentriques. Santé physique ordinairement bonne. Fréquentes irrégularités de la menstruation. La malade a eu quatre enfants qu'elle a nourris elle-même.

Pas d'antécédents héréditaires bien définis. Mère excentrique.

Le trouble des facultés avait près d'une année de date au moment de l'entrée de la malade ; celle-ci nourrissait son dernier enfant quand le délire éclata. Il y eut d'abord de la

[1] *De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités.* Thèse de doctorat. Paris, 1862, et art. *Gangrène* du *Nouveau dict. de Méd.* . XV, p. 636.

simple exaltation, et la famille pensa qu'en plaçant Mme Lucie dans un couvent, tout se dissiperait avec le calme de cette nouvelle existence. La situation, pendant les premiers jours, répondit à cette espérance, la tranquillité se rétablit et la malade semblait même être revenue complètement à la raison.

Mais, au mois de mars, les règles, qui étaient supprimées depuis la grossesse, reparurent assez abondamment; en même temps, on vit le délire éclater avec une violence inaccoutumée. Mme Lucie se met à chanter, danser; mobilité incessante de nuit et de jour; elle se roule par terre, déchire ses vêtements, brise les objets qui lui tombent sous la main, etc. Pas d'hallucinations, pas d'idées fixes; mais complète incohérence. Troubles des sentiments affectifs : tantôt la malade témoigne une indifférence complète et d'autres fois, au contraire, elle manifeste une sensibilité tout à fait exagérée. C'est dans cet état qu'elle est conduite à la maison de Charenton, le 9 avril 1856.

Si nous nous reportons aux notes insérées dans les registres sur cette malade, nous constatons que cette excitation maniaque avec violences a persisté pendant plusieurs années, malgré les traitements. Cependant des rémittences ont été notées, puis des accès de fureur paroxystique.

Ce n'est qu'à partir de 1869 que sont indiquées les alternatives de dépression sans délire et de délire maniaque furieux avec désordre excessif des propos et des actes; chacune de ces phases alternantes a dix à quinze jours de durée. Les périodes d'excitation semblaient toujours coïncider avec la menstruation. Celle-ci a complètement disparu depuis plusieurs années.

C'est dans cet état qu'il nous est donné d'observer Mme Lucie depuis le mois de mars 1879. Les accès de folie à double forme se suivent sans intervalle lucide, et chacune des périodes dure de vingt jours à un mois. Voici les symptômes principaux de l'une et l'autre phase, à commencer par celle d'excitation.

La malade, qui était triste la veille, se réveille le lendemain excitée; elle ne peut rester en place, bavarde sans s'arrêter, minaude, se dit belle, s'orne d'une façon baroque, se met des

chiffons dans les cheveux, se coiffe en se faisant des bandeaux entremêlés de petites baguettes, se met sur la poitrine des rubans en guise de décorations, etc. Elle ramasse tout ce qui lui tombe sous la main et s'en remplit les poches ; les chiffons qu'elle trouve, elle les effile, puis fait des travaux en se servant de petites baguettes à la place d'aiguilles à tricoter. Au bout de quelques jours, l'agitation devient plus intense ; la malade crie, chante, déchire ses effets, marche pieds nus, devient plus violente, incohérente, etc. Elle mange beaucoup, vole dans les assiettes des autres malades, ramasse tous les restes pour les dévorer. Ne dort pas.

Le paroxysme maniaque, après avoir duré quatre ou cinq jours, se dissipe et la malade revient à cette simple exaltation du début de la période. Puis, un beau matin, Mme Lucie qui, la veille encore, était excitée, se trouve dans un état tout opposé ; c'est la phase de dépression qui commence, mais non sans présenter encore, durant les premiers jours, quelques moments d'agitation.

Cette période de dépression offre tous les caractères de ce que nous avons décrit plus haut sous le nom d'état de dépression mélancolique. La malade reste, toute la journée, assise sur un banc sans bouger, sans parler. Quand on l'interroge, elle semble, pour ainsi dire, se réveiller et répond quelques paroles avec un rire forcé. Sa physionomie présente le masque de la tristesse. Elle ne fait plus rien ; quand on lui demande à quoi elle pense : « A me guérir », répond-elle. Ne mange presque pas ; la nuit, elle est tranquille. Le pouls, qui était de 90 à 100 pulsations par minute pendant la période précédente, tombe à 66 et au-dessous.

Pendant cette phase dépressive, il nous est fréquemment donné d'observer chez la malade de l'asphyxie locale des extrémités supérieures. Ainsi, les doigts du milieu de la main droite surtout (l'index, le medius et l'annulaire) et le medius de la main gauche deviennent violacés, puis blancs jusqu'à l'extrémité inférieure de la première phalange. Anesthésie complète des surfaces décolorées ; on peut piquer même profondément la peau, sans que la malade ressente rien ; en outre, pas

de sensibilité au toucher. Lorsque la circulation se rétablit dans les doigts morts, il s'y produit une démangeaison insupportable, et la malade se gratte jusqu'à s'enlever l'épiderme et même le derme.

La menstruation pendant la période de dépression mérite une étude spéciale. Mais ici il faut établir des distinctions. Chez certaines malades, cette fonction ne subit aucune modification ; ces cas sont rares. Chez d'autres, dont les périodes sont de courte durée, la menstruation cesse pendant toute la durée de la phase dépressive, pour reparaître pendant la phase d'excitation. L'Observation XI nous donne l'exemple d'une malade dont les règles avaient cessé pendant une des périodes de dépression de sa maladie, période qui avait été caractérisée par une stupeur profonde ; elles reparurent au moment de l'excitation, mais ne cessèrent pas quand arriva de nouveau la phase dépressive suivante qui fut moins profonde mais plus longue, gagnant ainsi en durée ce qu'elle avait perdu en intensité. Chez quelques malades, ayant des accès de folie à double forme de courte durée avec intermittences, la menstruation s'établit pendant ces intermittences ; nous citerons comme exemple le fait publié par M. Legrand du Saulle et qu'on trouvera plus loin, au chapitre consacré au traitement (Obs. LXXVI). Enfin, dans les cas d'accès mensuels (c'est-à-dire 15 jours d'excitation et 15 jours de dépression), la menstruation coïncide toujours avec la phase d'excitation et amène alors une recrudescence des symptômes de cette période ; il en a été ainsi dans l'observation précédente.

Il existe aussi des cas où le flux menstruel, supprimé

pendant la période d'agitation, revient lors du stade mélancolique. Il en est de même de certains écoulements morbides, qui s'arrêtent pendant l'excitation mais réapparaissent au moment de la phase dépressive. Nous en donnerons pour exemple le cas, cité par Morel, d'une jeune fille qui, à chaque période mélancolique, en même temps que cessaient les règles, était prise d'une otorrhée qui disparaissait pendant l'excitation.

Observation XVII[1].

Sommaire. — *Folie à double forme. — Délire érotico-religieux avec extase. — Manie suivie de mélancolie avec stupeur. — Otorrhée pendant la période dépressive.*

Pauline L... est une aliénée de vingt-quatre ans ; les tristes antécédents qui ont amené sa folie, sont ceux-ci : enfant naturelle, sa mère spécula de bonne heure sur ses charmes. Vicieuse à quatorze ans, abandonnée à quinze à toute la fougue de ses passions ; soumise plus tard à toutes les angoisses de la honte et de la misère, elle n'eut d'autres ressources que de se jeter dans une maison de prostitution. Elle en fut retirée, un an après, et placée au couvent du Bon-Pasteur, à Metz. Elle y resta deux ans, et la réaction trop vive qui s'opéra dans ses sentiments fit éclater une manie religieuse qui fut suivie d'une période de profonde stupidité. C'est dans cet état qu'elle nous est amenée. Pauline a le regard fixe et hébété ; on la pique avec des épingles, sans qu'elle témoigne aucune douleur ; si on l'abandonne à ses mouvements, elle se roule par terre ; elle n'a pas conservé l'instinct de faire proprement ses besoins ; elle ne répond à aucune question.

Nous plaçons la malade à l'infirmerie, et un écoulement de

[1] Morel, *Études cliniques sur les maladies mentales*, t. II, p. 176, Paris, 1851-1852.

l'oreille droite attire notre attention. — Amers, purgatifs, toniques.

L'emploi des grands bains et des affusions froides avec réaction à l'extérieur, au moyen de la sudation périphérique, font sortir cette malade de sa torpeur. Mais ce n'est que le cinquième mois que nous obtenons ce résultat favorable, et que nous parvenons, au moyen de sangsues appliquées à la partie interne des cuisses, à rappeler la menstruation, qui jusque-là avait fait défaut.

Pauline est plus réveillée, elle prononce quelques mots, mais n'achève pas ses phrases ; elle rit parfois aux éclats, et sa figure reprend soudainement son immobilité. On la mène à la couture ; elle reste avec son ouvrage dans les mains, en fixant continuellement ses regards sur ses compagnes, puis elle reprend son travail et brode avec une activité fébrile. Ces brusques revirements de son état intellectuel sont remplacés par une période de mélancolie. Pauline est calme, travaille avec régularité, répond avec convenance à toutes les questions qu'on lui adresse. Elle est devenue propre et arrange même sa toilette avec une certaine coquetterie. Nous espérons une amélioration progressive ; mais les tendances à la coquetterie augmentent, les yeux sont brillants ; son regard est lascif. L'écoulement de l'oreille a disparu. Pauline, dans les réunions des malades, déploie une activité extraordinaire, elle danse, chante, et ses discours deviennent incohérents. Un jour, elle jette son ouvrage et se présente à la visite avec les cheveux épars et la toilette en désordre. L'obscénité de ses paroles et ses provocations érotiques nécessitent son placement dans un quartier plus solitaire. Cette période dure à peu près trois mois. La malade redevient gâteuse ; elle ne répond aux soins qui lui sont donnés que par des injures : elle dit s'appeler Mme Poulmaire, et donne les détails les plus cyniques sur son ancien état de prostituée. Cette période d'excitation érotique est suivie d'un profond abattement, qui toutefois ne va pas jusqu'à la stupeur ; les règles s'arrêtant de nouveau, l'écoulement de l'oreille reparaît. Après être restée trois mois dans cette situation nouvelle, Pauline redevient plus douce et plus

timide. Un changement notable s'opère dans ses habitudes ; elle porte le sentiment de la décence jusqu'au scrupule. Elle arrange sa toilette avec une sévérité extrême. L'intonation de sa voix a quelque chose de particulier. Elle parle du Bon-Pasteur de Metz, et témoigne le désir d'y retourner; elle s'appelle maintenant sœur Marthe des Cinq-Plaies, Thérèse de Jésus, sœur Marie de la Résurrection. Elle ne parle plus à la première personne : « Prenez notre robe, dit-elle à la sœur ; voilà notre mouchoir ». Rien ne lui appartient plus en propre. La santé générale est bonne ; la menstruation est peu copieuse, et son apparition se signale par de vives douleurs. Mais cet état de transition fait bientôt place à une agitation plus grande; la malade a des accès de rire étranges; elle s'impatiente pour un rien ; elle court d'une extrémité du jardin à l'autre; monte sur les talus et s'arrête pour fixer ses regards vers le ciel. Elle voit des anges qui lui sourient ; elle a des moments d'extase.

Il nous reste à parler de l'état de la sensibilité générale ou spéciale. Mais, avant de passer à cette dernière question, il nous faut dire un mot du sommeil des malades pendant la période de dépression. Généralement ils dorment ou du moins ils restent tranquilles pendant la nuit; l'insomnie est un fait rare, exceptionnel. Quand elle existe, ce n'est que chez des aliénés que tourmentent des hallucinations de l'ouïe ou de la vue, ou qui sont en proie à des préoccupations délirantes de nature diverse.

Quant à la sensibilité générale, elle n'est guère diminuée ou abolie que chez les malades qui vont jusqu'à la stupeur ou qui présentent des manifestations hystériques. Dans ces cas, comme dans l'observation précédente de Morel, on peut piquer la peau sans qu'il y ait de réaction douloureuse.

Mais souvent, au lieu de l'anesthésie, il y a une véritable hyperesthésie ; mais celle-ci a surtout pour siège les nerfs de la sensibilité interne. Ainsi on constate souvent

des douleurs internes de toutes sortes : douleur poignante à l'épigastre, sensation de pression douloureuse ou de griffe, constituant ce qu'on appelle l'anxiété précordiale; la tête paraît aux malades lourde et comme serrée dans un étau d'une tempe à l'autre, en même temps qu'ils ont comme un sentiment de vacuité qui leur est très pénible, et qui dure tout le temps de la période mélancolique, pour disparaître au moment où apparaissent les premiers symptômes de l'excitation. Outre ces symptômes, on observe parfois aussi des douleurs névralgiques dans les nerfs intercostaux, surtout des nerfs qui se rendent aux mamelles, c'est-à-dire les quatrième, cinquième, et sixième nerfs intercostaux ; dans certains cas même, il y a de véritables douleurs articulaires.

Si nous étudions maintenant les sens externes, nous trouvons chez la majorité des malades une sorte de photophobie ; ils ont de l'aversion pour la lumière, ils recherchent l'obscurité. Il en est d'autres qui présentent une véritable obnubilation de la vue et de l'ouïe pendant la période de dépression, puis ces sens reprennent toute leur acuité pendant la phase d'excitation. Ces modifications curieuses ont été observées dans le cas suivant cité par Renaudin.

Observation XVIII.

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. — Période de dépression avec obnubilation de la vue et de l'ouïe. — Période d'agitation avec hyperesthésie de ces sens.*

« Je connais, dit cet auteur [1], un aliéné dont l'existence se partage en deux parts, l'une de calme, l'autre d'excitation.

[1] *Annales médico-psych.*, 1855, p. 137.

Doué d'une excessive impressionnabilité, il passe la première sous l'influence d'une sorte de mélancolie hypochondriaque, qui va quelquefois jusqu'à la stupeur. L'ouïe est alors très dure, et la vue même laisse à désirer. De cet état de calme, le malade passe ensuite à une période d'agitation maniaque, pendant laquelle les sens de la vue et de l'ouïe ont repris toute leur finesse ; il perçoit les moindres détails à une grande distance et entend les moindres bruits. Cette sensibilité de perception coïncide, il est vrai, avec un état hallucinatoire très prononcé, et notre malade n'est pas un sourd entendant des voix intérieures, mais un individu auquel l'état hallucinatoire a rendu l'usage de ses sens. »

Nous terminerons enfin ce chapitre par l'histoire d'un malade qui, pendant chacune des périodes de dépression, se plaignait vivement de crampes au cœur, d'anxiété précordiale, etc.

Observation XIX [1].

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. — Période de dépression avec douleurs diverses. — Période d'excitation caractérisée par l'exaltation mentale, excentricités*, etc.

Docteur Linder, trente et un ans, entré le 3 avril 1877. Le père a été aliéné ; la mère, peu avant la conception, a été atteinte d'une fièvre typhoïde grave qui l'affaiblit considérablement. L'accouchement a été prématuré et très pénible. Le malade a eu une enfance délicate, maladive, s'est développé tardivement, a été atteint de convulsions pendant la dentition. A l'époque de la puberté, il devient névropathique, irritable, excité, se livrant à l'étude avec fougue, sentimental, s'effrayant facilement, ne supportant pas l'alcool et sensible aux variations de la température. A l'âge de quatorze ans, il eut un accès de

[1] Krafft-Ebing, *Lehrbuch der Psychiatrie*, t. III. Obs. 107, p. 137.

mélancolie hypochondriaque qui dura quinze jours et qui fut suivi de six semaines d'excitation maniaque. Ce cycle d'une période dépressive de huit à quinze jours de durée, et d'une période maniaque de cinq à six semaines, se renouvelle dans la suite d'une façon typique. La durée de la période maniaque paraissait dépendre de l'intensité de la phase dépressive. On n'observait pas d'intervalles lucides. Durant les états dépressifs, le malade se plaignait chaque fois de crampes au cœur, d'anxiété précordiale ; il était dégoûté du monde, préoccupé de la pensée d'une mort prochaine, de l'éternité, et pensait alors à se faire prêtre.

Durant les périodes maniaques, le malade est au contraire turbulent ; il fait des dettes, des achats et des actes insensés, étudie avec une véritable fureur, ne veut plus entendre parler de théologie et ne pense qu'à pratiquer la médecine. L'aspect de la maladie est primitivement assez modéré et se borne uniquement à des troubles raisonnants. Le malade vivait obrement. Depuis le couronnement de son affection, il ne supporte plus l'alcool. En 1865, il tombe un jour sans connaissance ; on prétend que c'est à la suite d'une insolation. Il y a cinq ans, le malade se maria en pleine période maniaque. Le mariage était mal assorti, la femme immorale ; aussi fallut-il bientôt en venir à une séparation. Depuis lors. le malade a mené, pendant sa double existence pathologique, une vie errante, ne pouvant rester longtemps nulle part, ne réussissant pas dans la pratique de son art.

Après une période d'excitation maniaque de plusieurs semaines, pendant laquelle il dissipe de l'argent, fait des voyages sans but, dort peu, le malade est amené dans l'établissement dans un état de stupeur, avec préoccupations douloureuses, l'esprit affaissé, se plaignant de son incapacité de toute activité intellectuelle et physique.

Le malade est de taille moyenne, sans déformation du squelette, imberbe, légèrement anémique. Le pouls est à 70, rapide.

Il reste jusqu'au 12 avril dans cet état de dépression et d'affaissement mélancolique, auquel succède subitement une phase maniaque.

Il devient éveillé, bavard, exigeant, insomne, se mêle de tout, demande toutes sortes de positions, déploie une véritable manie d'écrire, fait commandes sur commandes, met le trouble dans la maison, est insociable, entreprenant, fait la cour aux dames de l'établissement, se pavane dans son uniforme de médecin militaire, fait toutes sortes d'excentricités, pour lesquelles il sait très bien trouver des excuses. Son extérieur est plus éveillé, les yeux brillent, il vante sa santé, ses capacités ; et, de fait, il paraissait plus frais et mieux portant.

Le 23 avril, il retombe subitement dans la phase mélancolique. Il devient affaissé, silencieux, avare de paroles, se sent fatigué, dit avoir besoin de repos, se plaint d'une sensation de froid, d'oppression précordiale ; il est pâle, défait, sans appétit, la langue est chargée, le pouls petit, contracté, à 60 ; il dit qu'il voudrait pouvoir goûter les douceurs du printemps, mais que cela lui est impossible. Le 30 avril, il redevient de nouveau subitement maniaque et reste, dans cet état, avec les symptômes précédemment décrits, jusqu'au 24 mai. De ce jour au premier juin, il est mélancolique. A cette dernière date, se présente une nouvelle période maniaque, pendant laquelle, le 14 juin, il s'évada. Dix jours après, il nous écrit qu'il a trouvé quelque part une situation médicale et s'excuse de s'être sauvé en cachette. Pas de renseignements ultérieurs sur le malade.

RÉSUMÉ.

Arrivé au terme de ce chapitre, il nous semble utile de présenter sous forme de synthèse, les différents symptômes de la période de dépression, dont nous venons de faire la description analytique avec exemples à l'appui.

La période dépressive, avons-nous dit, peut présenter des degrés divers, depuis la simple dépression ou état mélancolique, jusqu'au délire mélancolique proprement

dit et même à la stupeur la plus complète. Il y a même des malades qui, pendant cette période de l'accès de folie à double forme, traversent successivement les trois phases que nous venons d'indiquer.

Pendant l'état de dépression simple, les malades présentent le masque de la tristesse ; ils sont indifférents, n'expriment aucun désir, sont d'une humilité excessive, d'une résignation presque orientale, exagérant les soins qu'on leur prodigue, négligeant leur toilette et parcimonieux à l'excès ; ils deviennent même avares, de prodigues qu'ils étaient pendant la période d'excitation, oubliant de se procurer ou de remplacer les objets de première nécessité. Ils sont, en un mot, entièrement passifs et n'ont plus aucune volonté. Ils cherchent à s'effacer, fuient la société, s'enferment chez eux, et souvent même restent couchés des journées entières. S'ils s'occupent encore, c'est aux choses les plus simples, mais sans y mettre la moindre initiative, sans entrain, d'une façon molle et routinière.

La période de dépression peut ne pas dépasser le cercle de ces manifestations ; mais souvent à cet état d'affaissement succède un véritable délire mélancolique avec tout son cortège de symptômes : craintes sans motifs, idées de défiance, de persécution et même d'empoisonnement, culpabilité imaginaire, idées de damnation, hallucinations terrifiantes troublant le repos des malades, ou encore préoccupations hypochondriaques. Si cet état arrive à son paroxysme, il peut arriver que le malade cherche dans le suicide un terme à ses angoisses.

Lorsque la période de dépression va jusqu'à la stupeur, on constate du mutisme et une immobilité absolue ; le malade est comme transformé en une statue, parfois

il prend des poses cataleptiformes. Naturellement il ne s'occupe plus de sa personne, il faut l'habiller, le déshabiller, l'entraîner où on veut le conduire, etc. L'instinct de la conservation est même affaibli au point que le malade n'aurait pas l'impulsion suffisante pour aller chercher des aliments ou pour les demander, s'ils ne lui étaient offerts ; quelquefois même, il existe de la sitiophobie. En outre, les évacuations sont involontaires, et dans certains cas on observe du ptyalisme ; la sécrétion de la salive et du fluide muqueux buccal est tellement abondante que ces liquides s'écoulent de la bouche entr'ouverte du malade d'une façon continue.

Si, dans cet état de stupidité, le cours des idées est très ralenti, il n'y a pas néanmoins suspension complète de l'intelligence ; car certains malades ont très bien su se rendre compte, et de ce qu'ils avaient fait, et de ce qui s'était passé autour d'eux pendant cette période.

Quel que soit le degré de la dépression, le regard des malades est terne, la physionomie morne et sans expression ; le corps est amaigri ; s'ils parlent, leur voix est tellement basse et sourde que l'on a souvent de la peine à comprendre ce qu'ils disent. Ils évitent la lumière ; le moindre bruit leur est douloureux. Ils souffrent d'oppression au creux de l'estomac, d'anxiété précordiale, de douleurs névralgiques ; ils ont la sensation d'une barre de fer dans le cerveau, la tête leur semble prise comme dans un étau. L'appétit est très diminué, la digestion pénible, la constipation souvent opiniâtre. En même temps, on constate un ralentissement notable de la circulation et de la respiration. Le pouls surtout devient petit et lent, et peut descendre jusqu'à 30 et même 25 pulsations, comme dans l'Observation XV ;

dans ce cas même, outre la cyanose des extrémités qu'on remarque fréquemment, il y a eu cyanose de la face et de tout le corps ; la menstruation s'arrête parfois ; en un mot, toutes les fonctions organiques paraissent subir une diminution dans leur activité. Le sommeil est meilleur que pendant la période d'excitation, mais il n'est ni régulier ni prolongé ; il peut cependant être troublé par les inquiétudes, les angoisses dans lesquelles vivent certains malades. On conçoit aisément que, dans une telle perturbation de toutes les fonctions, l'amaigrissement arrive rapidement, et qu'on peut constater, pour ainsi dire, chaque jour, la perte sensible de poids que subissent les malades. Ainsi, chez l'aliénée de l'Observation I, cette perte a été une fois de 6 kilogrammes en quinze jours.

Nous avons dit, plus haut, que si certains malades pouvaient traverser successivement les trois degrés que nous venons de décrire succinctement, il en est d'autres aussi qui passent de la simple dépression mélancolique à l'état de stupeur complète. Mais il est à remarquer que si, dans les deux cas précédents, les malades marchent, d'une manière successive et par une série de transitions presque insensibles, de l'état dépressif vers le délire mélancolique, pour de là tomber dans la stupeur, ou bien de l'état de dépression vers la stupeur ; le phénomène inverse se produit aussi dans la phase descendante de la période. Ainsi, on voit les malades arrivés au plus haut degré de la stupeur y rester pendant un temps plus ou moins prolongé, puis, selon les cas, revenir par transitions insensibles au délire mélancolique et à l'état dépressif, ou simplement à l'état de dépression.

Quant aux malades qui passent toute leur période dans

un seul des degrés précédemment décrits, ils ne présentent que des variations d'intensité dans les manifestations symptomatiques, qui, au début et à la fin de la phase dépressive, sont ordinairement moins marquées que durant le reste du temps qui peut être considéré alors comme le summum de la période.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE (suite). — II. PÉRIODE D'EXCITATION.

La seconde période de la folie à double forme, ou période d'excitation, présente à étudier les caractères inverses de ceux étudiés dans le chapitre précédent. Mais on trouvera ici certaines analogies avec la période de dépression ; ainsi les symptômes ne sont pas toujours identiques chez tous les malades, et même aux diverses phases de la période chez un même malade. Aussi, pour la période d'excitation comme pour celle de dépression, faut-il décrire des degrés différents, qui sont au nombre de trois :

1° L'état de simple exaltation mentale ;
2° L'agitation maniaque avec incohérence ;
3° La manie avec délire des grandeurs.

1° *État d'exaltation mentale.*

Cet état ressemble beaucoup à ce que les auteurs ont appelé successivement manie sans délire, manie raisonnante, délire des actes, etc. Il consiste ordinairement en

une simple surexcitation de toutes les fonctions physiques et morales, sans délire bien caractérisé ; comme pour la période de dépression ou plutôt pour l'état mélancolique formant un des degrés de cette période, on constate dans l'état d'exaltation mentale, le fond de l'excitation maniaque sans les conceptions délirantes et sans les altérations bien marquées des sentiments et des actes.

Pour bien faire comprendre en quoi consiste cette exaltation si caractéristique de la folie à double forme, nous ne saurions mieux faire que de reproduire le tableau si exact et si vivant qu'en a tracé M. Jules Falret :

« Ce qui caractérise essentiellement cet état mental, dit le savant aliéniste[1], c'est la surexcitation générale de toutes les facultés, l'activité exagérée et maladive de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, ainsi que le désordre des actes, sans trouble considérable de l'intelligence et sans incohérence de langage. Ces malades, en effet, examinés superficiellement, ne semblent pas présenter de délire ; leur langage paraît suivi et raisonnable ; ils étonnent même par l'activité et la fécondité de leurs idées, par leur esprit et par leur imagination pleine de ressources, mais ils frappent également par la violence de leurs sentiments et de leurs impulsions instinctives, ainsi que par le désordre et la bizarrerie de leurs actes.

« Ces aliénés sont sans cesse en mouvement et ont une activité physique correspondant à leur activité intellectuelle et morale. Ils dorment peu, se lèvent la nuit pour se promener dans la campagne ; ils entreprennent

[1] *De la folie raisonnante ou folie morale.* Paris, 1860, p. 20.

des courses exagérées, des promenades, des voyages. Leur intelligence est comme en fermentation et conçoit mille entreprises, mille projets, souvent aussitôt abandonnés que conçus. Leurs idées pullulent dans leur esprit, et de cette production rapide des pensées résulte naturellement un certain désordre qui n'est pas comparable, sans doute, à l'incohérence de la manie, mais qui représente cependant une succession plus irrégulière d'idées qu'à l'état normal.

« La mémoire est surexcitée comme les autres facultés. Les idées anciennes se présentent en foule à leur esprit, et les malades s'étonnent eux-mêmes de la facilité avec laquelle ils retrouvent des souvenirs multipliés relatifs à des faits souvent insignifiants qu'ils croyaient depuis longtemps effacés de leur mémoire. Ils se rappellent de longues tirades des auteurs classiques qu'ils avaient apprises dans leur enfance, et dont ils n'auraient pu retrouver que des fragments isolés avant leur maladie. Ils composent des discours, des poésies. Ils parlent et écrivent sans cesse, et souvent avec une variété de termes et un bonheur d'expressions qu'ils n'auraient pas eus à l'état normal. Ils causent ainsi sans interruption et racontent des histoires interminables, et en même temps ils se livrent aux actes les plus bizarres et les plus excentriques. Sont-ils en liberté, ils passent leur temps à faire des visites, s'installent pendant des heures entières chez des parents, chez des amis, ou même chez des personnes qu'ils connaissent à peine, et s'imposent à elles, sans aucune gêne et sans aucun respect des convenances et des usages sociaux.

« Sous l'influence de l'exaltation qui les domine, ils sont devenus téméraires et entreprenants, souvent même

insolents et grossiers. Ils prennent avec les personnes qui les entourent, des libertés ou des familiarités qui leur étaient inconnues autrefois. Rien ne les choque ni ne les révolte dans leur propre conduite, dans leur manière d'être avec les autres hommes, et d'un autre côté ils se blessent avec une certaine facilité, pour les plus simples observations qu'on leur adresse. Ils veulent tout se permettre à l'égard des autres personnes et ne peuvent rien supporter d'elles. Ils sont, en un mot, susceptibles, irritables, disposés à la discussion, aux contestations et même aux querelles pour les motifs les plus futiles. Leurs sentiments et leurs instincts se trouvent ainsi métamorphosés en même temps que leur intelligence est surexcitée. Ils sont devenus méchants, difficiles à vivre, disposés à nuire, à taquiner, à faire des niches ou même à faire le mal. Leur langage reflète ces dispositions nouvelles de leur caractère ; il devient mordant, et ils ont souvent des réparties vives et spirituelles, mais ordinairement très blessantes. Ils saisissent avec une extrême facilité les ridicules, les travers ou les défauts de ceux avec lesquels ils sont en relation, et choisissent toujours les paroles qu'ils savent leur être le plus pénibles pour les leur jeter à la face. Ils inventent aussi mille histoires, mille mensonges ; ils collectionnent tous les faits qu'ils entendent raconter autour d'eux, et, passant avec habileté de la médisance à la calomnie, ils dépeignent les personnes avec lesquelles ils vivent sous les couleurs les plus fausses et les plus malveillantes, donnant à leurs récits, mensongers ou singulièrement travestis, toutes les apparences de la vraisemblance. Ils parviennent ainsi à établir partout la guerre et le désordre autour d'eux, et à rendre toute vie de so-

ciété impossible. Il faut avoir vécu avec de pareils malades pour se faire une juste idée des histoires infernales qu'ils sont capables d'inventer, du trouble et des luttes intestines qu'ils répandent dans leur entourage. En résumé, leurs sentiments et leurs instincts sont entièrerement transformés par la maladie ; des êtres auparavant doux et bienveillants deviennent violents, emportés, méchants, vindicatifs, et sont souvent entraînés au mensonge, au vol et au cynisme en paroles et en actes. Ils acquièrent, en un mot, des défauts et des vices qui n'étaient pas dans leur nature première, et qui rendent toute vie commune impossible avec eux. »

On a pu déjà voir plus d'un trait de ce tableau dans les observations citées dans le chapitre précédent. Ainsi la malade de l'Observation I saisit avec une sagacité remarquable tout ce qui, chez les personnes qui l'entourent, peut prêter au ridicule, dépense sa verve intarissable en continuelles épigrammes ; un autre (Obs. II) lit et compose énormément, mais avec beaucoup de désordre ; le malade de l'Observation VI présente cette activité exagérée, a besoin de s'occuper de tout, de taquiner, de critiquer, etc. L'observation suivante est encore un exemple frappant de cette exaltation mentale.

Observation XX.

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire.— Période de dépression, pendant l'hiver, caractérisée par de la mélancolie sans délire. — Période d'excitation, pendant l'été, caractérisée par de l'exaltation mentale.*

M. X..., âgé de vingt-six ans, habitant au Brésil, présente, depuis plusieurs années déjà, des alternatives de surexcitation

et de torpeur pendant des saisons entières. Appartenant à une famille honorable, doué d'une intelligence et d'une instruction très élevées, d'un caractère parfait et d'une santé excellente, ce jeune homme n'a aucun antécédent héréditaire. Il y a sept ans, à la suite d'un violent chagrin d'amour, il a voulu essayer de s'empoisonner. Depuis lors, ses facultés mentales laissent à désirer de plus en plus ; et les personnes qui l'entourent le considèrent véritablement comme un aliéné, Voici quels sont les symptômes et la marche de la maladie :

M. X... passe la moitié de l'année (l'hiver) enfermé chez ses parents dans une vaste maison de campagne, à une lieue de la ville, d'où il ne sort jamais ; il semble avoir oublié, dans l'apathie où il est plongé, ses parents, ses amis, la société ; il est triste, taciturne, solitaire, misanthrope, indifférent à tout; il va jusqu'à passer des semaines sans voir sa mère, sans dire bonjour à son père et à ses frères et sœurs. Quoique méfiant, il écoute encore avec assez de docilité les avis qu'on lui donne. C'est à peine s'il franchit le seuil de sa porte pour errer sans but dans les endroits les plus solitaires de la ferme.

Le printemps, et, comme s'il était entraîné par le mouvement de la nature, M. X... prend les habitudes tout opposées. Ainsi, de méfiant, triste, taciturne et indifférent qu'il était, le voilà qui devient sociable, gai, actif, loquace même ; mais, d'un autre côté, moins docile, plus irritable, susceptible, et difficile à contenter ou à modérer dans ses désirs exagérés. Le voilà maintenant recherché dans sa toilette jusqu'à l'excès, insatiable de luxe, se présentant à chaque instant chez ses parents et amis, malgré les distances, malgré l'état du temps. Il mène une vie de mouvement, infatigable, n'ayant pas assez de chevaux pour fournir à ses courses ; en changeant ou en achetant, les équipant richement et de diverses façons, les soignant avec une sollicitude incroyable ; il dépense beaucoup d'argent, se moque des observations qu'on lui adresse et va même jusqu'à s'en fâcher. En outre il se porte très bien, prend de l'embonpoint, est frais, leste, agile et content. Enfin M. X... est très entêté et dangereux parfois dans ses penchants érotiques, que sa famille peut à grand'peine réprimer. Nous ter-

minerons en disant qu'il n'a aucunement conscience de son état et ne se rend compte d'aucun de ses actes.

(Extrait d'une lettre adressée par M. le Dr Charès, de Rio (Brésil), ami du malade, à M. Baillarger[1].)

Il nous faut entrer maintenant dans quelques détails sur les actes commis par les malades sous l'empire de cette exaltation mentale, afin de mieux en faire ressortir la bizarrerie et l'excentricité. Pour user le besoin d'activité dont ils sont dévorés, les uns — ceux qui possèdent des propriétés — s'appliquent à modifier la distribution de leurs appartements, bousculent leurs jardins, veulent entreprendre de grands travaux d'utilité publique, remuent leurs terres, mettent en un mot tout sens dessus dessous ; il en est qui, comme la malade de l'Observation VII, changent de logements, déménagent à chaque période d'excitation ; d'autres font des achats immodérés, souvent peu en rapport avec l'état de leur fortune ; ou bien encore, sans se rendre compte de la gravité et même de la criminalité de l'acte, ils prennent sans hésitation et volent ce qu'ils convoitent. D'autres encore entreprennent des spéculations, font des transactions commerciales qui peuvent réussir, mais qui peuvent aussi amener leur ruine et celle de leur famille.

Les exemples de malades faisant des dépenses exagérées ou des spéculations de toute sorte, ou bien qui sont atteints de kleptomanie pendant la période d'excitation, sont nombreux ; nous n'avons que l'embarras du choix. Ainsi M. Baillarger a publié l'observation, que nous donnons plus loin *in extenso* (V. Obs. LIII), d'un

[1] V. Geoffroy, thèse de Paris, 1861, p. 96.

malade qui, au plus fort de son agitation, faisait une masse de transactions ; un soir, sa femme arrive à temps pour déchirer un contrat de vente que son mari venait de passer dans un restaurant des environs de Paris. Elle put sauver ainsi l'avenir de ses enfants. — Le même auteur cite l'histoire d'un autre malade qui, atteint de folie à double forme, avait de singulières idées délirantes pendant la période d'excitation, entre autres, celle de vouloir tanner les pieds de tous nos soldats, ce qu'il considérait comme un projet très ingénieux et devant faire une économie très considérable au budget de la guerre. Cet individu, en 1848, acheta, alors qu'il était aussi dans une période d'excitation, beaucoup de terrains sans s'enquérir des moyens de remplir ses engagements, et mit ainsi sa famille dans le plus grand embarras pour payer. Heureusement que les événements vinrent plus tard favoriser ce malade qui, en somme, fit une assez bonne spéculation.

Voici maintenant quelques exemples de kleptomanie :

M. Geoffroy parle, dans sa thèse (p. 34), d'une aliénée de la Salpêtrière qui volait sans cesse, et faisait en outre une grande consommation de tabac en poudre ; mais, dès que la dépression arrivait, on n'avait plus à se plaindre d'elle, et elle cessait tout usage de poudre sternutatoire.

J'ai connu une malade qui avait tellement l'habitude, pendant son excitation, de voler à ses compagnes soit des livres, soit des objets de toilette ou d'autres menus objets, que l'on pratiquait de temps à autre une fouille dans sa chambre et que l'on était sûr d'y trouver la plupart des choses, de la disparition desquelles s'étaient plaintes les autres malades.

Voici un dernier fait, que nous empruntons à un mémoire du Dr Bergmann sur la kleptomanie[1].

Observation XXI.

Sommaire. — *Folie à double forme. — Alternative de dépression et d'excitation tous les mois environ.— Kleptomanie pendant la période maniaque.— Hallucinations et démonomanie pendant la période de dépression.— Guérison.*

Une femme, d'une forte constitution, d'une disposition psychique assez vive, et douée du reste de bonnes qualités morales, fut, de 1844 à 1850, atteinte d'une affection mentale, dont elle finit par guérir, et dont le début fut signalé par une céphalalgie violente et par des douleurs abdominales assez vives, à l'époque menstruelle. Une anomalie sexuelle paraît en avoir été la cause prédisposante, à laquelle étaient venus se joindre de la jalousie et des chagrins domestiques. Cet état se compliquait en outre de tristesse, d'angoisse. La malade fuyait la société, négligeait son ménage, restait volontiers au lit, se privait facilement de nourriture et elle passait ensuite d'un extrême à l'autre, manifestait de l'agitation, un entraînement à sortir, et l'incohérence de la pensée prenait la place de la morne stupeur.

Elle se livra aux actes les plus bizarres ; enfin, en dernier lieu, elle fut emportée par une tendance irrésistible au vol, et différents larcins motivèrent son arrestation. Un examen attentif de la situation fit reconnaître son état pathologique. Revenue à son bon sens, elle regrettait vivement ses actes. Quand la période d'excitation survenait, sa volonté était impuissante pour dominer sa tendance au vol. Elle dérobait tout ce qu'elle trouvait, sans même y mettre du mystère ; elle prenait des objets qui ne pouvaient lui être d'aucune utilité et

[1] V. pour l'analyse de ce mémoire, la *Revue des journaux allemands*, par le Dr Renaudin, in *Annales méd.-psych.*, 1855, p. 341.

recherchait dans ces larcins insignifiants, à jouer de mauvais tours aux autres. Elle eut des hallucinations, fut effrayée par l'apparition du diable et son agitation était souvent extrême. Puis elle retombait dans un profond abattement, tel qu'il a été décrit plus haut. Ce délire, à forme alternante, dura plusieurs années. C'était ordinairement toutes les quatre semaines que ces changements avaient lieu. Dans la seconde période, cette femme se reprochait vivement ce qu'elle avait fait pendant la première, et elle tombait alors dans le plus profond accablement, étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle. Puis enfin venait une période de raison pendant laquelle on remarquait un peu de céphalalgie, quelques palpitations de cœur. Au mois de mars 1850, il se manifesta un changement notable, et, pendant six mois, ce ne fut, en quelque sorte, que l'ombre de la situation antérieure. Enfin, au mois d'octobre, elle fut parfaitement guérie.

Remarques. — Je crois devoir signaler, dans cette observation, un fait intéressant et qui se produit très fréquemment : c'est le chagrin et le repentir manifestés par la malade pour les actes commis pendant la période d'excitation, une fois qu'elle est retombée dans la phase de dépression.

Mais continuons l'étude des tendances perverses que peuvent présenter les malades pendant cette période d'agitation de la folie à double forme. A la surexcitation des fonctions intellectuelles, à cette activité pour ainsi dire dévorante, viennent se joindre, chez quelques malades, une véritable dipsomanie et, chez presque tous, une exagération de l'instinct sexuel, allant parfois jusqu'à la nymphomanie et au satyriasis.

L'impulsion à boire des liqueurs fortes, la dipsomanie, n'est pas rare, avons-nous dit, dans la période

d'excitation. Faut-il voir là un simple besoin de boire, une soif poussée à l'excès ; ou bien est-ce une véritable impulsion morbide centrale? Chez certains malades, le besoin de boire est, il est vrai, le résultat d'une soif intense, ils absorbent alors des quantités prodigieuses d'eau à défaut de vin ; mais il en est d'autres auxquels il faut absolument, dans ces moments, des liqueurs fortes, ce sont les véritables dipsomanes. On comprend qu'en satisfaisant ce besoin instinctif, en se laissant aller à cette impulsion quasi convulsive à se livrer à la boisson, il en résulte pour ces malades un état presque continuel d'ivresse et alors, aux symptômes déjà décrits, peuvent venir se joindre ceux de l'alcoolisme aigu ou subaigu.

Comme exemple de cette forme de dipsomanie, nous citerons le cas, rapporté par Esquirol[1], d'une dame atteinte d'accès périodiques de folie à double forme à intermittences régulières, qui était prise, pendant la période d'excitation d'un « besoin de boire du vin porté à l'excès ».

Observation XXII.

Sommaire.— *Folie à double forme à type périodique. — Période de dépression avec mélancolie sans délire. — Période d'excitation avec dipsomanie.*

« Mme B..., âgée de quarante-deux ans, mère de famille, d'un tempérament nerveux, jouissant d'une bonne santé, perdit, à l'âge de vingt-huit ans, une fille ; ses idées se dérangèrent ; elle devint triste, inquiète, s'effrayant de tout ; en quelques semaines la santé se rétablit. A trente-six ans, sans cause

[1] *Des maladies mentales*, t. I, p. 368.

excitante déterminée, retour du délire qui présente des caractères particuliers : tristesse au début, tiraillement, langueur d'estomac, découragement moral, incapacité de se livrer au moindre exercice, à la moindre occupation. Après six semaines, tout à coup excitation générale, insomnie : agitation, mouvements désordonnés, besoin de boire du vin porté à l'excès, trouble des idées, perversion des affections, etc. Après deux mois, les symptômes se dissipent, et la malade recouvre, avec la raison, le calme et la sobriété. Tous les ans depuis, accès semblable. L'année dernière, 1836, Mme B... fut saignée trois fois au commencement de l'accès, qui persista néanmoins aussi longtemps que les précédents et se termina au mois de juin. Au mois d'octobre suivant, convulsions, au mois de décembre, suppression des règles, refus de manger, langueur d'estomac. Après quelques semaines, abus de boissons, insomnie, hallucinations, conviction que des ennemis lui en veulent. Après un mois, rémission, mais bientôt après retour de tous les accidents. Envoyée à Charenton le 24 avril, vers la fin de mai, cessation de l'accès, précédée de l'apparition des règles. Cette malade conjure de lui indiquer le moyen de prévenir le retour des accès, dont elle a autant de honte que d'horreur.

Souvent il arrive qu'aux excès alcooliques viennent se joindre les excès vénériens, et que les malades passent leurs journées dans les cabarets et autres lieux mal famés, au milieu de femmes de mauvaise vie. Les exemples en sont nombreux ; nous citerons particulièrement le fait suivant, emprunté à M. le Dr Lunier[1].

[1] *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1861, t. I, p. 267.

Observation XXIII.

Sommaire. — *Folie à double forme à type périodique, qui a débuté à l'âge de douze ans.— Période de dépression avec délire mélancolique. — Période d'excitation avec excès alcooliques et vénériens. — Intermittences d'une durée très inégale, pendant lesquelles le malade reprend ses occupations.*

M... (Pierre), âgé aujourd'hui de trente-trois ans, est un homme d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin ; je ne trouve rien de particulier comme prédisposition héréditaire.

D'une intelligence ordinaire, d'un caractère violent et emporté, peu laborieux, M... paraît avoir été atteint d'aliénation mentale dès l'âge de douze ans ; il en avait dix-sept quand il fut admis à l'asile pour la première fois, le 14 mai 1844. Le médecin de la famille déclare dans le certificat d'admission que plusieurs fois déjà il a été appelé pour donner des soins à M..., qu'il dit être atteint depuis l'âge de onze à douze ans d'une aliénation mentale périodique caractérisée pendant les accès par des actes de brutalité, d'extravagance commis dans les cabarets et autres lieux publics; ce caractère de périodicité est également mentionné dans un certificat en date du 1er juin 1844.

M..., sorti de l'établissement le 20 juillet suivant pour cause de guérison, y fut ramené le 30 décembre 1847 ; l'un de mes prédécesseurs le déclare à cette époque atteint d'une manie intermittente avec agitation et loquacité extrême. En février, convalescence ; au mois d'avril, M... est redevenu ce qu'il était au moment de l'entrée. En juin, il est une fois encore considéré comme guéri et quitte l'établissement.

M... rentre à l'asile le 27 avril 1850 ; dans le certificat d'admission, M. Billod le déclare atteint d'aliénation mentale caractérisée par un délire général avec prédominance d'idées tristes et tendance à l'agitation ; quinze jours plus tard, il est déjà beaucoup mieux ; au mois de juin, retour de l'exaltation

et du délire ; en août, amélioration, convalescence, guérison. M... quitte l'asile, le 22 septembre 1850.

Je ne connus M... qu'en septembre 1855, lors de sa quatrième admission à l'asile. Depuis cette époque, il m'a constamment offert le retour, à des époques indéterminées, de crises plus ou moins violentes, mais caractérisées toutes par une période de mélancolie suivie bientôt d'excitation maniaque.

Cette fois, M... avait été arrêté pour mauvais traitements envers ses parents, et la déclaration du médecin de la prison, qui vint attester l'existence chez cet homme d'une manie intermittente, put seule lui éviter quelques mois de prison. M... fut ramené à l'asile où il ne resta guère que deux mois, et sans que nous ayons constaté chez lui de symptômes bien tranchés d'aliénation mentale.

Cet homme nous fut ramené en février 1858 ; cette fois, renseigné plus complètement sur les antécédents de M..., je me tins sur mes gardes, et me hâtai beaucoup moins de le déclarer guéri, et cela, bien qu'au moment de son entrée il n'offrît plus aucune trace d'aliénation mentale. C'est qu'en effet, les accès de folie de M... sont de courte durée, et que l'excitation maniaque qui motive un arrêté d'admission qui n'est presque jamais mis à exécution que plusieurs semaines plus tard, a presque complètement disparu.

Les renseignements d'ailleurs que me donne la famille ne peuvent laisser aucun doute dans mon esprit. M... n'est point arrêté et placé à l'asile chaque fois qu'il est atteint d'un accès de folie : on ne prend de décision à cet égard que lorsque les accès sont par trop violents. Les crises, du reste, ne sont pas très rapprochées ; une année entière quelquefois se passe sans que M... offre rien de particulier. Mais le plus souvent les accès reviennent tous les trois ou quatre mois ; ils affectent tous d'ailleurs la même physionomie ; ils sont caractérisés d'abord par de la tristesse, de la prostration, qui durent rarement plus de quinze ou vingt jours ; puis commence l'excitation, la figure de M... se colore, il court de côté et d'autre sans motifs, nous entretient longuement et avec animation de sa position, de ses projets, demande sa sortie avec instance,

veut qu'on lui donne de l'argent pour acheter du tabac et du vin, se plaint de l'alimentation ; c'est toujours dans ces moments qu'il cherche à s'évader.

En dehors de l'asile, les crises de M... sont en tout semblables, à part peut-être une plus grande agitation pendant la deuxième phase de l'accès ; M..., en effet, court les femmes et les cabarets, se livre à des excès de toutes sortes et il devient alors violent et dangereux.

Au mois de juillet 1860, je me décide à renvoyer M... ; il y avait en effet près de douze à quinze mois qu'il n'avait point eu d'accès, et il me coûtait de conserver à l'asile un homme fort et robuste dont le travail pouvait être utile à ses parents et que d'ailleurs je ne pouvais considérer comme aliéné.

Depuis cette époque, je n'ai entrevu M... qu'une seule fois, sa famille n'avait point à se plaindre de lui. Mais je doute que cet homme soit assuré cette fois plus complètement que les autres, et je crains bien qu'il ne nous soit ramené au printemps prochain, époque la plus habituelle du retour de ses crises.

La surexcitation de l'instinct sexuel s'observe fréquemment, avons-nous dit, dans cette période de la maladie ; mais ces impulsions érotiques, aussi impérieuses que le besoin de boire, ne se présentent pas au même degré chez tous les malades. En effet, chez un grand nombre d'entre eux, tout se borne à un plus grand goût pour la toilette et pour le monde, à quelques coquetteries, à des œillades, etc. Chez d'autres, au contraire, cette excitation érotique prend un caractère plus marqué : les hommes recherchent les conversations obscènes, tout ce qu'ils voient et entendent provoque de leur part des observations ordurières ; s'ils sont en liberté, ils poursuivent toutes les femmes de leurs propos obscènes ; il en est qui, semblables à des bêtes en rut, sont atteints d'un véritable priapisme (V. le malade de l'Obs. II) et qui courent les femmes ou bien se livrent à un onanisme effréné.

Si l'on étudie maintenant les symptômes de cet érotisme dans l'autre sexe, on constate la perte complète de la retenue et de la pudeur ; les femmes, les jeunes filles même, lancent des regards provocants, tiennent un langage obscène, prennent des postures lascives, se livrent à la masturbation avec frénésie ou bien se jettent dans les bras du premier venu.

Quelquefois les idées érotiques n'atteignent pas ce degré de lubricité, et l'on voit seulement les malades, à chacune des périodes d'excitation qu'ils traversent, parler de leur désir de se marier, faire des projets matrimoniaux, etc. Ces idées reviennent constamment dans leurs conversations et semblent l'objet de leurs préoccupations les plus chères ; les malades qui ont la manie d'écrire les expriment en prose et en vers; leurs lettres, leurs mémoires, leurs autographes, sont pleins de ce sujet.

Les observations suivantes serviront d'illustrations au tableau clinique précédent. La première nous donne l'histoire d'une malade qui, durant la période d'excitation, fait des plans de mariage, exprime le désir très vif de se faire examiner, etc.

Observation XXIV[1].

Sommaire. — *Folie à double forme. — Périodes durant chacune de quatre à six mois. — Période d'excitation avec tendances sexuelles.*

Rosa M..., née en 1847. Prédisposition héréditaire (père très irritable, mère névropathique, frère du père bizarre, deux

[1] Kirn, *loc. cit.*, Obs. IX, p. 74.

frères aliénés). Intelligence moyenne ; menstruée depuis 1862.

1863, 1864, au pensionnat. — Premier accès ; légère dépression suivie d'une légère exaltation. Depuis lors, chaque année, un accès d'une intensité successivement croissante.

1865. — Accès observé par le médecin de la famille : céphalalgie, fatigue, lassitude, sentiment de pression sur le milieu de la poitrine, sommeil agité ; puis légère exaltation, dégoût du travail, demande tout ce qu'elle voit, désir de se marier, manque de tact dans la conduite, etc.

1866, première entrée à l'asile. — Les accès annuellement observés depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, présentent les symptômes suivants :

Il se développe graduellement une mélancolie d'un degré léger avec taciturnité, tendance à s'isoler, ne répond que par monosyllabes, paresse, absence d'énergie et apathie. Après quatre à six mois, la dépression disparaît.

La malade se conduit alors naturellement, elle est abordable, affable, et se livre volontiers au travail.

Mais bientôt à cet état lucide apparent se mêlent les premiers éléments d'excitation — un grand besoin de parler, de sortir, de faire des visites, activité. Sensations maladives de diverse nature, diminution de l'appétit, augmentation de la fréquence du pouls. La malade ressent une inquiétude intérieure qui se traduit rapidement en franche exaltation, besoin d'agir et de faire des projets.

Après quelques semaines au plus, l'exaltation arrive à son *summum*. Pouls fréquent (90-100) et tendu ; de temps à autre, figure congestionnée avec sentiment de chaleur et de pression dans la tête. Nombreuses douleurs névralgiques dans la tête, les oreilles, les dents, la poitrine, les côtes, les organes sexuels ; hyperesthésie générale. Augmentation de la sécrétion salivaire (elle considérait cela comme des vomissements), crachottements continuels.

Grande volubilité, mobilité incessante, passage rapide d'une idée à une autre, réminiscences douloureuses et gaies, souvent

les mêmes. L'agitation intérieure la pousse d'une façon impulsive et irrésistible à déchirer ses habits, à casser les vitres.

Humeur très variable ; ainsi, au milieu des périodes les plus prononcées de la plus vive gaieté, on voit apparaître subitement de courtes irritations douloureuses avec conceptions hypochondriaques et dégoût de la vie, avec hallucinations de l'ouïe de nature anxieuse. De temps en temps — idées sexuelles (désir très vif d'être examinée, projets de mariage). Insomnie et agitation nocturne.

Chute subite du *summum* de l'excitation à une exaltation moyenne, et après quelques semaines, à l'état calme.

De cette façon se manifeste ainsi chaque année un paroxysme mélancolique-maniaque, dont les deux stades ont chacun une durée de quatre à six mois. Les accès se ressemblent tous et par la forme et par le fond ; ils ne diffèrent que par la durée. Les stades maniaques présentent des rémissions et des exacerbations ; ils montent dans certains cas au plus haut degré de l'excitation et sont associés — mais d'une façon passagère — à un certain degré d'égarement (elle n'a plus d'intelligence, elle est troublée) ; en même temps se manifestent des sensations de « coups de marteau dans la tête », pouls fréquent et tendu, pupilles dilatées, hallucinations de la vue et de l'ouïe. La période intervallaire, qui ne se distingue pas nettement du dernier et du premier stade, n'a guère qu'une durée de deux mois.

(Traitement des accès. — Injections de morphine de huit centigrammes quatre fois par jour, suivies de la production d'un calme manifeste ; bromure de potassium jusqu'à six grammes par jour, bains prolongés, isolement momentané.)

M. Baillarger, qui a, le premier, fait remarquer cette surexcitation génésique pendant la période maniaque de la folie à double forme, l'a considérée « comme une sorte de réaction après une longue période d'engourdissement des organes génitaux ». Nous empruntons aux travaux de cet éminent aliéniste quelques-uns des

exemples qu'il avait l'habitude de citer à ce sujet; voici le premier. « Il a été publié par M. le docteur des Etangs, dans le compte rendu d'une visite faite à la Salpêtrière. Il s'agit d'une femme atteinte d'imbécillité, mais qui avait en outre des accès de folie à double forme. Cette femme, après être restée tout l'hiver muette, immobile, et accroupie dans un coin, renaissait tout à coup au printemps et pendant l'été. Une intarissable loquacité et de violents signes de nymphomanie annonçaient la fin de son immobilité et de son mutisme[1]. »

M. Baillarger rappelait aussi dans ses leçons cet autre fait, dans lequel on peut suivre la gradation successive, depuis la simple coquetterie jusqu'à la prostitution la plus abjecte.

Observation XXV[2].

Sommaire. — *Folie à double forme, avec surexcitation génitale violente pendant la période d'excitation.*

« Une jeune fille, alternativement atteinte de manie et de mélancolie, après être restée six mois mélancolique à Charenton, en sort dans un état assez satisfaisant et sur les instances de sa tante. Au bout de quelques jours, celle-ci s'aperçoit d'un changement chez sa nièce, qui commence d'abord par se décolleter de plus en plus, par causer de mariage, d'amour ; puis peu à peu a des idées lubriques, et finit par disparaître et suivre un homme d'un certain âge, avec lequel elle reste deux ou trois mois. Abandonnée alors par lui, elle a des accès de nymphomanie et ne tarde pas à se livrer à mille actes d'inconduite pour tomber enfin dans la

[1] *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XIX, 1853-1854, p. 349.

[2] In *Thèse de Geoffroy*, p. 32.

prostitution la plus abjecte. C'est dans cet état qu'on l'a ramenée dans l'établissement qu'elle n'aurait pas dû quitter sitôt. »

On comprend très bien que, dans de telles circonstances de surexcitation génitale, la grossesse peut survenir chez certaines malades. L'état puerpéral amène-t-il quelques modifications dans la marche de la folie à double forme ? Le fait suivant, observé dans le service de M. Baillarger et cité par Marcé[1], nous permet, jusqu'à plus ample informé, de conclure par la négative.

Observation XXVI.

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. — Retour alternatif de la dépression et de l'excitation même pendant la grossesse.*

« J'ai vu à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger, une jeune fille atteinte de folie à double forme qui, pendant la période d'excitation, s'en allait provoquant les ouvriers qui venaient travailler dans la maison ; elle devint enceinte, la grossesse se passa sans incident notable, et sans empêcher le retour alternatif des périodes de stupeur et d'excitation. Elle accoucha pendant la période de stupeur ; le travail dura six heures à peu près, mais s'accompagna de douleurs très peu vives : c'est à peine si elle poussa quelques cris pendant le dernier quart d'heure.

« L'enfant vint au monde bien vivant, les suites de couches furent naturelles ; la malade n'allaita pas. Depuis deux ans, malgré la grossesse et l'accouchement, l'état mental ne s'est pas modifié, et les périodes de stupeur et d'excitation reviennent toujours alternativement. »

[1] *Traité de la folie des femmes enceintes*. Paris, 1858. p. 104.

Sous la dénomination de « *Die conträre Sexualempfindung* », que l'on peut traduire en français par « l'attraction des sexes semblables », ou bien par « instinct sexuel interverti », le professeur Westphal, de Berlin, [1] a décrit une forme de délire bien curieux. Cet auteur considère cet état psychopathique comme une perversion (une sorte d'interversion) congénitale de l'instinct sexuel, en ce sens qu'une femme est physiquement femme, mais psychiquement homme, et un homme au contraire physiquement homme, mais psychiquement femme. Aussi peut-on voir, dans ces cas, l'homme presser de ses obsessions les individus de son propre sexe, de même que la femme ne recherche plus l'homme et réserve toutes ses attentions pour ses pareilles. Nous ferons remarquer que presque tous les sujets qui présentent ce trouble particulier sont atteints de folie à double forme.

Mais avant de faire ressortir ce caractère spécial, résumons les faits. Nous commencerons par ceux publiés par Westphal.

La première observation, la plus caractéristique, est celle d'une fille, âgée de trente-quatre ans, qui, dès son bas âge, ne se plaisait qu'aux jeux des petits garçons et aimait surtout à s'habiller en garçon. A partir de l'âge de huit ans, elle commença d'éprouver un penchant pour les petites filles, non pas pour toutes indistinctement, mais pour certaines, vers lesquelles elle se sentait plus spécialement attirée. Ainsi elle leur faisait la cour, les embrassait volontiers et souvent cherchait à se livrer sur elles à des attouchements aux parties génitales. Toutefois elle ne commença à ressentir l'orgasme véné-

[1] *Archiv. für Psychiatrie*. Année 1870.

rien que lorsqu'elle fut menstruée. De dix-huit à vingt-trois ans— la période la plus heureuse de sa vie, suivant le dire même de la malade — elle eut fréquemment l'occasion de satisfaire ses penchants ; mais, fait curieux, jamais elle ne permettait à l'objet de ses préférences de lui toucher les parties génitales. Depuis l'âge de vingt-trois ans jusqu'au mois d'octobre 1863, n'ayant plus les mêmes occasions, elle se livra avec fureur à l'onanisme, et cela surtout, comme par une impulsion irrésistible, huit jours avant et huit jours après la période menstruelle. Lorsqu'elle essayait de résister à ce vice, elle ressentait toujours une odeur et une saveur très désagréables, paraissant remonter des parties génitales. Elle n'a jamais eu de relations intimes avec des hommes ; leur présence l'a toujours laissée froide. Au mois d'août 1863, elle fut prise subitement d'une passion ardente pour une jeune fille qui repoussa avec indignation toutes ses avances. Cet amour contrarié l'affecta au plus haut point, et comme elle ne put arriver au but désiré, elle tomba dans une sorte de stupeur, puis dans un état d'excitation maniaque. C'est alors qu'elle dut être placée dans un asile d'aliénés et qu'elle fut envoyée à la Charité de Berlin.

A l'examen, on ne trouva rien de particulier dans son état physique : son corps, peu robuste, ne s'écarte en rien du type féminin ; la tête est petite ; pas de malformation des oreilles ; pas d'asymétrie de la face ; l'hymen est intact, le clitoris normal ; on constate de l'hyperesthésie des organes génitaux externes. La malade se plaint souvent de maux de tête avec vertiges ; elle a conscience que son état est anormal et elle est, dit-elle, la première à en souffrir.

Le second fait rapporté par Westphal, est celui d'un homme de vingt-sept ans qui, lui aussi, depuis l'âge de huit ans, trouve la plus grande satisfaction à porter habits et parures de femmes, à se livrer à des travaux de couture, etc. Il a toujours eu le plus grand désir — qu'il n'a jamais pu satisfaire — de jouer les rôles de femmes au théâtre. L'examen physique prouve une constitution normale ; la figure et la voix ont toutefois quelque chose de féminin. Il serait trop long de raconter en détail l'histoire de cet individu, qui a passé la plus grande partie de son existence dans les prisons, pour vols commis le plus souvent en compagnie d'autres femmes. D'ailleurs nous n'avons donné cette observation que comme type d'instinct sexuel interverti, car il ne rentre pas dans la catégorie des faits de folie à double forme comme le fait précédent, ou comme ceux que d'autres médecins allemands ont publié après Westphal et dont nous donnerons en quelques mots une rapide analyse.

Ainsi, en 1875, M. le Dr Gock, chef de la clinique psychiâtrique de Wurtzbourg, publia deux nouveaux cas d'attraction des sexes semblables[1]. Dans le premier, il s'agit d'une jeune bonne israélite, âgée de vingt-huit ans, qui, depuis l'âge de la puberté, ressent une attraction irrésistible pour les personnes de son sexe et une répulsion très marquée pour les hommes. Le second est celui d'un instituteur israélite, âgé de vingt-deux ans, qui lui aussi manifeste une répulsion marquée pour les personnes de sexe opposé et une attraction instinctive pour les hommes.

Enfin, M. le Dr Servaës, médecin de Cologne, publia

[1] *Beitrag zur Kenntniss der contrâre Sexualempfindung*, in *Arch. für Psych.* 1875.

en 1876 [1] deux nouveaux faits concernant aussi, l'un un homme, l'autre une femme, et présentant tous deux le même trouble psychopathique.

Tous ces faits, avons-nous dit, sauf le second de Westphal, présentent les caractères de la folie à double forme. Pour bien faire ressortir les relations que peut avoir l'attraction des sexes semblables avec cette dernière maladie, prenons pour exemple la première observation de mémoire du Dr Servaës.

Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, qui présente une période d'excitation de huit à quinze jours, à laquelle succède une courte période de dépression mélancolique. Ces deux périodes, constituant un accès, sont séparées de l'accès suivant par un intervalle lucide de quelques jours. C'est pendant la période d'excitation que le malade présente, à l'état de paroxysme, la perversion sexuelle décrite pour la première fois par Westphal. Il parle beaucoup, et tous ses discours se rapportent à l'objet de ses préoccupations; ses regards passionnés se fixent avec insistance sur les médecins et les infirmiers qui entrent dans sa cellule; il poursuit de ses provocations tout homme qui l'approche. L'insomnie dure pendant toute cette période et est difficilement combattue par des injections sous-cutanées de morphine. Mais, au moment même de la plus violente excitation, on voit le malade tomber subitement dans une profonde stupeur; puis, peu à peu, cette stupeur devient une sorte d'état mélancolique, avec sentiments de repentir, larmes, regrets des actes commis pendant la période d'excitation, désir de guérir, etc. Enfin, arrive l'intervalle lucide : le malheu-

[1] *Archiv für Psychiatrie*, 1876.

reux cherche alors à s'occuper pour se soustraire à ses mauvaises pensées ; mais, fait curieux, ce sont des travaux de femmes qu'il recherche surtout.

Les autres observations, dont nous n'avons donné qu'une courte analyse, se rapportent toutes au type que nous venons de décrire : dans toutes, on voit la perversion sexuelle se présenter surtout pendant la période d'excitation, ou bien s'y manifester à son paroxysme.

2° *Agitation maniaque avec incohérence.*

Dans certains cas, la période d'excitation de la folie à double forme ne se borne pas à la simple exaltation générale que nous venons de décrire. Souvent, en effet, on observe dans le cours de la période de véritables paroxysmes présentant tous les caractères du délire maniaque. On voit alors les malades tomber dans une agitation progressive, obéir à des impulsions violentes et atteindre même parfois les dernières limites de la fureur ; les idées et les discours sont en rapport avec cette exaltation générale, le délire et l'incohérence les caractérisent. Cet épisode maniaque n'est que momentané ; après quelques heures, quelques jours au plus de cet état, la période d'excitation, un instant interrompue, reprend son cours avec ses symptômes ordinaires.

Dans d'autres cas, plus rares, la période d'excitation tout entière consiste en un véritable accès de manie aiguë. Pendant plusieurs semaines et parfois plusieurs mois, les malades sont dans une agitation continuelle de nuit et de jour ; ils sautent, crient, courent, dansent ; leurs cheveux et leurs vêtements sont en désordre ; s'ils

ont les mains libres, ils déchirent leurs effets, cassent les meubles, les vitres, etc.; ils se désabillent, ôtent leurs chaussures et courent pieds nus dans les cours. Ils expriment les idées les plus insensées sans suite, mais aussi sans conviction; ils se prennent, les hommes pour Dieu ou pour le diable, etc., les femmes pour la sainte Vierge, etc.; ils ne reconnaissent plus personne, ni les membres de leurs familles, ni leurs amis, ni les personnes qui les entourent.

De ces deux manières de se présenter du délire maniaque, les observations précédentes fournissent un grand nombre d'exemples de la première; nous citerons entre autres les Observations III et XXIV. Le fait suivant est l'histoire d'une malade dontl es périodes d'excitation présentent, pendant la plus grande partie de leur durée, tous les caractères de la manie aiguë.

Observation XXVII [1].

Sommaire. — *Folie à double forme. — Hérédité. — Période d'excitation caractérisée par du délire maniaque. — Période de dépression avec idées anxieuses, craintes de toute sorte. — Diminution du poids du corps pendant la période dépressive et après les paroxymes maniaques.*

Schmütt, femme de fonctionnaire, quarante ans, entre à l'asile le 9 décembre 1876. Son père a été aliéné mélancolique, six de ses frères et sœurs sont morts en bas âge de convulsions, elle-même est névropathique, d'une nature très irritable. La malade a eu cinq couches normales; la menstruation a toujours été régulière, plus abondante dans ces derniers temps, avant la maladie.

[1] Krafft-Ebing, *Lehrbuch der Psych.* 1880, Obs. CVI, p. 136.

Sans autre cause connue que la perte qu'elle fit de la plus grande partie de sa fortune, au commencement de l'année 1876, et dont elle fut profondément affligée, il se produisit chez la malade, à la fin de novembre 1876, une exaltation maniaque, qui atteignit bientôt son paroxysme. A son entrée le 9 décembre 1876, excitation très intense, flux d'idées, incohérence, ne reconnaît plus l'entourage, se prend tantôt pour la mère de Dieu, tantôt pour le diable; changement varié d'humeur avec prédominance d'idées gaies; mobilité incoercible, se dépensant en rires, chants, danses, à déchirer, à tout barbouiller.

La malade est très anémique, son embonpoint est diminué, le crâne est petit (52 centimètres), étroit à la partie frontale. Rien aux organes végétatifs; l'utérus ne présente rien de particulier ni dans sa fonction, ni dans sa structure.

Le pouls est au-dessus de 100, petit, rapide; léger degré de salivation.

La malade est soumise à l'isolement et, sous l'influence des bains, du chloral, de la digitale, revient bientôt à une exaltation mentale à caractère raisonnant. Elle est érotique jusqu'à l'obscénité, bavarde, exprimant mille désirs et mille demandes, vulgaire, sans retenue, malicieuse, se mêlant de tout, très susceptible. Elle met partout le désordre, mais sait très bien s'excuser et trouver des motifs à tout ce qu'elle fait. L'époque des règles, qui sont abondantes, amène chaque fois, malgré le repos forcé au lit, malgré les injections d'ergotine, une recrudescence de l'excitation maniaque.

Dans le courant de mars 1876, on voit se dissiper les symptômes de cette manie, qui paraît être simple; la malade présente, au commencement d'avril, un état complètement régulier et est renvoyée *guérie* le 24 juin 1877.

Mais déjà, le 30 juin, au moment des règles qui sont très abondantes, on voit la malade tomber dans un état de dépression qu'elle cherche à expliquer par cette préoccupation « que le séjour qu'elle a fait dans un asile d'aliénés pouvait, aux yeux du monde, lui porter préjudice à elle et à ses enfants ». Elle devient insomne, découragée, anxieuse, mani-

feste la crainte de tomber dans une misère complète. Le 10 juillet 1877, à sa deuxième entrée, elle paraît en proie à un profond chagrin, ne parlant ni ne se remuant. Elle se laisse nourrir sans résistance, regarde hébétée et désespérée devant elle, ne fait que de temps en temps des allusions « que ses enfants n'ont plus rien à manger, qu'ils sont morts ». Le pouls est petit, rapide, 80 à 90; la langue couverte d'un enduit épais; l'haleine d'une odeur fétide; la malade a le teint terreux, le visage flétri, elle paraît plus âgée qu'elle n'est en réalité.

A la fin de septembre, cet état d'anxiété douloureuse prend fin; mais il se produit une profonde mélancolie accompagnée par moments de violente anxiété précordiale, de pensées obsessives : « elle ne peut plus continuer à vivre ainsi; elle ne plus servir à rien; il ne reste plus rien pour l'entretien de sa famille »; cet état, accompagné de diminution et même d'abolition de la sensibilité psychique, dure jusqu'au milieu du mois de septembre 1878. Le 29 septembre, la malade sort de l'asile et reste bien jusqu'au 20 octobre 1878. A ce moment, elle devient insoumise, turbulente, très irritable, violente dans les paroles et dans les actes, se plaint de céphalalgies, de palpitations. Bientôt se développe un état d'exaltation maniaque qui, dès sa rentrée (le 27 octobre), atteint le plus haut degré de la manie.

Les symptômes et la marche de la maladie ressemblent, jusque dans leurs moindres détails, au paroxysme précédent. A la fin de mai 1879, la manie se dissipe. La malade est alors lucide jusqu'au 10 août 1879, époque à laquelle, en même temps que le début des règles (abondantes), recommence la phase de l'état mélancolique, qui se manifeste avec les mêmes symptômes décrits plus haut et qui continue encore au moment où s'arrête cette observation (commencement de novembre).

Le poids du corps qui est de 61 kilogrammes pendant la période lucide, descend au plus haut degré de la manie à 56 kilogrammes, monte rapidement à 64 kilogrammes pendant le déclin de la manie, pour tomber à 60 kilogrammes pendant la phase mélancolique et atteindre même pendant cette dernière un minimum de 52 kilogrammes.

Voici enfin deux faits de folie à double forme, que nous trouvons dans le travail de M. le Dr Billod, sur les intervalles dit lucides chez les aliénés[1], et dans lesquels la période d'excitation est caractérisée par de l'agitation maniaque avec violences. Chez la dernière de ces malades, on a constaté de la démonomanie.

Observation XXVIII.

Sommaire. — *Folie à double forme avec délire maniaque pendant la période d'excitation.*

« Un malade, nommé Aucher, a deux fois par an un accès de manie avec agitation et penchant à la violence, qui dure de deux à six semaines et qui laisse après lui un état de lucidité complète, il est vrai, mais avec une véritable dépression morale. Le malade est sombre, taciturne, légèrement mélancolique, sans délire *apparent*. J'ai la conviction qu'il se passe dans son for intérieur des troubles moraux sur lesquels il ne peut ou ne veut pas s'expliqner, et qui passent partant inaperçus[2]. »

Observation XXIX.

Sommaire. — *Folie à double forme avec délire maniaque et accès de démonomanie pendant la période d'excitation, de durée très courte.*

« Une femme, entrée le 19 mars 1850, avait tous les huit jours des accès de démonomanie, avec cris, pleurs, tendance à frapper et à mordre, d'une durée de deux jours environ. Pendant l'intermittence, cette malade paraissait lucide, mais

[1] *Ann. médico-psychol.*, 1852, p. 364.
[2] *Idem*, p. 367.

elle présentait une teinte prononcée de mélancolie, quelques prodromes l'avertissaient du retour de ces accès, elle réclamait d'elle-même la camisole. Elle est sortie guérie le 1er juin 1850[1]. »

3° *Manie avec délire des grandeurs.*

On voit, enfin, se manifester chez certains malades des idées de grandeurs, de richesses ; ils voient tout en beau, sont pleins de fatuité, remplis de leur personne, capables des plus grands exploits ; ils se disent grands musiciens, poètes, savent tout sans avoir rien appris. Il en est qui veulent devenir députés, sénateurs, ministres, etc. ; d'autres projettent de doter leur pays de grands travaux, d'œuvres gigantesques, etc. Enfin, on en entend même qui se croient rois, empereurs, princes du sang, présidents de la République, etc. ; on trouve là tous les caractères du délire des grandeurs qu'on observe chez les aliénés atteints de paralysie générale. Et de fait, quoi de plus ressemblant à la variété expansive de la paralysie générale que la période d'excitation de la folie à double forme avec son exaltation générale, ce besoin constant d'agir, ce sentiment exagéré de la personnalité, surtout quand à tout cela viennent se joindre des idées de grandeur? Nous verrons plus loin, lorsque nous ferons l'étude des symptômes physiques de cette période, qu'il existe encore d'autres ressemblances entre les deux affections; que souvent on observe chez les aliénés atteints de folie à double forme et pendant la période d'excita-

[1] Billod, in *Ann. médico-psychol.*, 1852, p. 367.

tion, des phénomènes congestifs avec léger embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, parfois même de véritables attaques épileptiformes. Les faits de ce genre sont de la plus haute importance et peuvent être la cause d'erreurs de diagnostic ; mais, devant y revenir plus loin, nous ne nous occuperons pour le moment que des cas de folie à double forme où l'on observe des idées de grandeurs et de richesses pendant la période d'excitation.

Nous avons déjà cité un exemple de cette forme de délire dans le chapitre précédent ; nous voulons parler du soldat de l'Observation VIII, qui, pendant la phase d'agitation, se disait maréchal de camp, haut fonctionnaire, général, aide de camp de l'empereur, etc.

M. Geoffroy, dans sa thèse[1], rapporte un autre fait; c'est l'histoire d'un malade, entré à Charenton en 1859, qui se croyait « beau cavalier, excellent musicien, ayant pour maîtresses les plus belles cantatrices de Paris; il achetait des bijoux et des bouquets pour quelques-unes ; il était très excentrique, dansait d'une façon ridicule, chantait assez mal, et, par dessus tout, était d'une susceptibilité incroyable. Jamais on n'observa chez ce malade aucune lésion de la parole et des mouvements. De plus, il avait eu, dix ans avant, un premier accès de folie à double forme, et sa mère avait aussi été atteinte de cette même maladie ».

Voici encore deux cas analogues cités par M. Ach. Foville[2] : « Une dame de soixante-dix ans qui, depuis une trentaine d'années, est affectée de folie à double forme,

[1] *De la folie à double forme*, p. 34.

[2] *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, in *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1870-1871, t. XXIX, p. 337.

à périodes mensuelles, répète, chaque fois qu'elle est excitée, qu'elle est fille d'Henri IV et maîtresse de Louis XVIII ; une autre, dans des conditions à peu près analogues, parlait sans cesse de sa richesse et de tous les châteaux qu'elle allait acheter. »

Dans la thèse du Dr Sentoux, nous trouvons l'histoire intéressante d'une malade qui, pendant la période d'excitation, se disait épouse de l'empereur, inspectrice générale de Charenton, etc. A cause de l'intérêt qu'elle présente, nous croyons devoir reproduire textuellement cette observation.

Observation XXX.

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. — Période d'excitation avec idées de grandeur, de changement de sexe*, etc. — *Période de dépression avec stupeur, refus d'alimentation*, etc.

« Qui n'a connu Mlle C..., dit M. Sentoux [1], qui ne s'est entretenu de ses prouesses à Charenton ? Elle ne paraissait jamais au salon, à la chapelle, aux réunions musicales, et cependant il n'est pas un employé, pas même un malade, qui n'en eût entendu parler, qui ne s'intéressât à elle. Elle méritait bien cette popularité. Une nuit, sans fil ni aiguille, avec un simple morceau de verre, elle découpe et façonne en robe de capucin avec sa cagoule une de ses couvertures ; elle s'en enveloppe, cache sa tête sous la cagoule, va droit à sa bonne endormie, et lui prend sous son traversin les clefs de sa division, à l'aide desquelles elle pénètre dans les couloirs, où de sa voix éclatante elle entonne un chant religieux. Les bonnes, les sœurs arrivent en toute hâte, et aperçoivent surprises et presque effrayées le spectre d'un capucin,

[1] *De la surexcitation des facultés intellectuelles dans la folie*. Paris, 1867, p. 115.

qui, après les avoir tenues un instant en respect, finit par se faire reconnaître, et enchanté du succès de sa plaisanterie, leur éclate de rire au nez.

« Un jour, sous un autre prétexte quelconque, elle attire dans sa loge la sœur de sa division, sort brusquement, l'enferme, et se plantant sur sa porte se remet à chanter à pleine voix, de cette voix qui résonnait dans toute la maison ; si bien que les infirmières n'entendent pas les cris de la sœur qui les appelle, et qui reste ainsi plus d'une heure prisonnière.

« Son esprit inventif était aussi plein de ressources qu'il était plein de stratagèmes. On se passait ses lettres écrites sans plume ni encre : elle savait bien s'en passer quand les médecins, voyant que ses compositions attisaient en quelque sorte le feu de son délire, lui faisaient retirer plumes, encre et papier. Avec les arètes de poisson du vendredi, elle fabriquait des plumes ; puis, faisant l'enrhumée, avec l'extrait de réglisse qu'on lui donnait, elle fabriquait de l'encre ; pour ce qui est du papier, rien de plus facile à trouver : elle utilisait les enveloppes de son chocolat.

« On se montrait ses ouvrages au crochet, faits avec une épingle dont elle avait contourné le bout. On admirait ses broderies, aux dessins élégants, qu'elle avait composés elle-même. Toujours aux aguets, elle avait l'art d'écouter ou de faire parler les bonnes ; elle savait avant tout le monde toutes les nouvelles, même celles du dehors, qu'elle nous racontait avec emphase à la visite.

« Pendant sa période de dépression, on la conduisait dans la division des dames calmes ou convalescentes ; mais elle refusait de prendre part à leurs distractions. En proie à une profonde tristesse, l'œil baissé, morne, humide de larmes contenues ; le regard éteint, navré, empreint de je ne sais quelle inénarrable douleur ; se renfermant dans un mutisme absolu, refusant parfois avec obstination de prendre sa nourriture au point qu'on était obligé de la nourrir à la sonde ; si repliée en apparence sur elle-même qu'elle semblait étrangère, mieux que cela, comme morte à ce qui l'entourait : elle recueillait cependant dans ces moindres détails tout ce qui se

disait, tout ce qui se passait autour d'elle, devinait le reste; puis, un beau jour, secouant enfin sa tristesse et sa torpeur, revenant par degrés à la vie active, se redressant, s'animant peu à peu, elle reprenait dans son attitude et dans ses regards cette assurance qui lui donnait la physionomie d'un lion en arrêt.

« Rien de plus émouvant que sa pantomime, de plus saisissant que sa voix qu'on n'avait pas entendu vibrer depuis trois, quatre ou cinq mois, lorsque relevant ses paupières qu'elle avait tenues si longtemps baissées, l'œil grand ouvert, illuminé d'une flamme étrange, elle regardait en face les médecins et s'écriait : « J'en ai assez; qu'on me conduise aux loges ! »

« La période d'excitation maniaque commençait. C'est alors qu'elle faisait selon son caprice « tout trembler autour d'elle. Il faut, hurlait-elle, que les traîtres, les cafards, les jésuites, soient confondus!!! » Et elle en avait pour quinze jours à débiter avec autant de verve que de malice et d'esprit tous les petits cancans de la maison. Elle étonnait surtout par ses saillies les étrangers qui avaient l'occasion de l'entendre ; plus d'un nous assura qu'il n'avait jamais vu de femme plus spirituelle; plus d'un refusa d'abord d'admettre sa folie, jusqu'au moment où elle en arrivait à dire : « Je suis l'épouse de l'empereur », ou bien « l'inspectrice générale de Charenton », ou encore « quel est votre mission près de moi et quel titre dois-je vous donner, monsieur? Avouez donc que vous êtes le prince ou le ministre un tel! »

« Quelquefois l'accès maniaque ne s'arrêtait pas à ce flux de paroles et d'épigrammes. Mlle C... en venait alors aux menaces, aux imprécations, à la fureur. Il était rare, cependant que dans ses paroxysmes elle se portât à des actes de violence; elle se contentait de faire peur. Quand elle voyait bien embarrassée la personne sur laquelle elle s'était avancée menaçante, elle poussait tout à coup un éclat de rire formidable, et les cheveux au vent, les yeux hors de la tête, elle s'écriait : « Imbécile ! aurais-tu peur de moi ? »

« Elle changeait de personnage, de condition, de sexe même

du jour au lendemain. Tantôt fille de sang royal et fiancée à un empereur quelconque, tantôt plébéienne et démocrate, aujourd'hui mariée et enceinte, demain encore vierge, il lui arrivait aussi de se prendre pour un homme. Elle se figura un jour qu'elle devait être un prisonnier politique d'importance; et dans cette conviction elle composa les vers suivants :

COUR DES LOGES.

Lorsque dans ma cellule où parfois je sommeille
Un doux songe embellit les heures de ma nuit,
Souvent la Liberté de mon rêve m'éveille :
« Suis-moi, je te fais libre! abrité sous mon aile,
On ne pourra ravir à ta mère son fruit! »
— Mais moi, faisant effort, je repousse son zèle :
« Mon Dieu ! je ne veux pas être libre à tout prix;
Mon sort est magnifique, il est digne d'envie,
Je veux encor des fers, des fers toute ma vie,
Je veux souffrir, je veux mourir pour mon pays!!! »

Cette croyance qu'ont certains malades de pouvoir changer de personnage, de condition, de sexe même, n'est pas rare dans la folie à double forme. N'y a-t-il pas chez eux comme une double existence, et quand ils passent de la phase de dépression à la phase d'excitation, ne peut-on pas considérer ce changement comme une sorte de métamorphose complète de la personnalité? On ne sera donc pas surpris de voir, comme dans le fait suivant, un malade se dire tel personnage dans la première de ces phases et tel autre dans la seconde.

Observation XXXI.

Sommaire. — *Folie à double forme avec changement de personnalité à chacune des périodes.*

« Je me souviens, rapporte M. Billod[1], d'un aliéné de la maison de santé de Vanves, qui, tous les dix-huit mois environ, laissait pousser sa barbe et se présentait avec un extérieur et des manières insolites à toute la maison, comme un lieutenant d'artillerie, nommé Nabon, récemment arrivé d'Afrique pour remplacer son frère, disant qu'avant de partir, celui-ci lui avait donné des renseignements sur tout le monde, demandant et obtenant l'honneur d'être présenté à chacun, à son arrivée. Le malade reste alors pendant plusieurs mois dans un état d'exaltation prononcée, conformant toute sa conduite à sa nouvelle individualité. Au bout de quelques temps, il annonce le retour de son frère qu'il dit être dans le village et qui doit venir le remplacer; puis un jour, fait couper sa barbe, change complètement d'habitude et de maintien et reprend son véritable nom. Mais il présente alors un cachet prononcé de mélancolie, se promène lentement, silencieux et solitaire, lisant habituellement l'*Imitation de Jésus-Christ* et les pères de l'Eglise et reste dans cet état mental qui est lucide, si l'on veut, mais que je suis loin de considérer comme normal, jusqu'au retour du lieutenant Nabon. »

Avant de passer à l'étude des symptômes physiques de la période d'excitation, il nous reste à dire quelques mots sur l'aspect extérieur des malades pendant cette même période, sur leur tenue, leur manière de se vêtir, etc. Ne faisant rien comme tout le monde, ils ont dans leur manière de marcher, de parler, de se pré-

[1] *Ann. méd.-psych.*, 1852, p. 368.

senter, dans leur attitude, leurs poses, leur maintien, quelque chose de spécial qui permet souvent à un œil exercé de les reconnaître, même à distance, dans les cours des établissements d'aliénés. Mais ce qui surtout aide à les distinguer au milieu de leurs compagnons d'infortune, c'est leur manière de se vêtir. « Le plus souvent leur costume seul, dit M. Achille Foville[1], suffirait pour faire juger du désordre de leur esprit ; les femmes s'habillent d'une manière voyante, qui jure avec leur âge et leur position ; ou bien elles s'affublent d'accoutrements ridicules, mettent leurs jupons par dessus leur robe, ôtent et remettent sans cesse leurs chaussures, leurs bas et leur bonnet ; arrangent et dérangent leurs cheveux ; décousent leurs vêtements pour les retailler, y ajouter, en guise d'ornements, les oripeaux les plus vulgaires, rallonger par ici, raccourcir par là, et toujours toucher à tout. Les hommes retournent leurs habits, retroussent leurs manches et leurs pantalons, arrachent leurs boutons et quelquefois déchirent en menus morceaux leurs meilleurs vêtements. »

Cette tenue désordonnée, malpropre, bizarre, est si caractéristique que M. J. Falret a pu dire avec raison[2] : « ... Dans nos asiles modernes, aujourd'hui si régulièrement administrés au point de vue de l'uniformité de la tenue des aliénés, les malades qui se trouvent dans la période d'excitation de la folie circulaire sont peut-être les seuls qui aient su conserver la bizarrerie et la singularité du costume qui caractérisaient autrefois tous les habitants des asiles d'aliénés et qui étaient comme l'enseigne et la manifestation extérieure la plus saillante de la folie. »

[1] Art. *Folie à double forme*, t. XV, du *Nouv. Dict. de méd.*, p. 323.
[2] *Loc. cit.*, p. 651.

Mais ces malades présentent encore une autre habitude, c'est de ramasser tous les objets qui leur tombent sous la main, des chiffons, des bouts de papier, des morceaux de bois, des croûtes de pain, des fragments d'os, etc. ; ils remplissent de ces débris leurs poches, leurs mouchoirs, les tiroirs de leurs appartements. Il en est qui collectionnent tous ces débris pour collectionner ; d'autres, au contraire, s'en servent et, avec un art inconcevable, parviennent à en fabriquer des objets ingénieux, mais toujours bizarres. Cette manie de toujours bourrer leurs poches de tout ce qu'ils trouvent, quoique se rencontrant aussi chez certains déments, s'observe surtout chez les aliénés atteints de la folie à double forme et pendant la période d'excitation, au point que « l'on pourrait dire, sans exagération, qu'il suffirait presque de les fouiller pour arriver, sans aucun autre renseignement extérieur, au diagnostic de leur affection ». (J. Falret).

SYMPTOMES PHYSIQUES.

Dans la période d'excitation comme dans celle de dépression, les symptômes physiques sont dans un rapport exact avec les phénomènes de l'ordre intellectuel et moral. A la surexcitation de la vie psychique, que nous venons de décrire, correspond une sorte d'exubérance de toutes les fonctions de l'organisme, que les malades accusent eux-mêmes en avouant qu'ils ressentent un sentiment général de bien-être.

En prenant successivement toutes les fonctions de l'organisme, en les passant en revue l'une après l'autre, on trouve la contre-partie de ce que nous avons indiqué

pour la période de dépression. Ainsi, au lieu du sentiment de lassitude générale, les malades ne ressentent jamais la moindre fatigue, malgré leur mobilité incessante, malgré la dépense considérable de forces. L'augmentation de l'activité des fonctions digestives et des fonctions de nutrition, semble provoquer un accroissement de l'appétit ; les malades sont insatiables et ne se contentent plus de leur portion, supplient qu'on leur donne les restes et souvent même volent les aliments de leurs compagnons.

En outre, il y a, chez l'homme de même que chez la femme, une surexcitation des fonctions génitales ; mais nous ne nous arrèterons pas à ce symptôme, après ce que nous en avons dit plus haut.

Quant à la respiration et à la circulation, elles sont très accélérées ; le pouls peut atteindre 120 pulsations, parfois même davantage.

Plus de sensations douloureuses, plus de névralgies.

L'insomnie est habituelle ; ou bien, si les malades dorment, le sommeil est court, léger et entrecoupé de rêves.

Sous l'influence de cette surexcitation de toutes les fonctions, il se produit comme une sorte d'hypernutrition ; les malades acquièrent de l'embonpoint, il y a augmentation du poids du corps, contrairement à la règle d'Esquirol qui établit que, dans la manie comme dans la mélancolie, le poids du corps diminue. Dès le commencement de la période d'excitation, cette augmentation fait rapidement des progrès très sensibles, considérables même dans certains cas, puisqu'elle peut aller jusqu'à deux kilogrammes par semaine. Vers le milieu de l'accès, le poids reste quelque temps station-

naire, pour revenir ensuite graduellement à son chiffre normal.

Le Dr Ludwig Meyer a été frappé de cette constance dans l'augmentation du poids du corps pendant l'excitation et de sa diminution pendant la période dépressive. Ces modifications nutritives se trouvant sous l'influence du système nerveux, il cherche à expliquer la folie circulaire par des troubles trophiques spéciaux, à en faire une sorte de *tropho-névrose*[1]. Nous ne nous arrêterons pas à cette théorie qui, pour être admise, demanderait de plus amples développements que ceux que son auteur lui a consacrés.

Mais il peut se présenter, pendant cette période d'excitation, des phénomènes cérébraux d'une importance clinique particulière. Il s'agit des accidents congestifs passagers, dont nous avons déjà parlé plus haut, et qui, joints à l'ensemble des autres symptômes de cette phase, tels que le délire des grandeurs, les idées de satisfaction, etc., peuvent faire confondre les malades qui en sont atteints avec des paralytiques généraux et, dans tous les cas, rendent le diagnostic différentiel très difficile.

En quoi consistent ces accidents cérébraux de nature congestive? Ce sont surtout des signes extérieurs de congestion à la tête, des pertes de connaissance transitoires, de légers mouvements convulsifs, parfois de véritables attaques épileptiformes, de l'embarras momentané de la parole, ou même des paralysies partielles incomplètes et de courte durée, des hémiplégies passagères, etc.

Ces accidents cérébraux qui, comme nous l'avons déjà

[1] *Ueber circuläre Geisteskrankheiten*, in *Arch. für Psychiatrie*, 1874, p. 157.

dit, se produisent surtout pendant la période d'excitation, sont ordinairement peu intenses et de courte durée. Ils peuvent se reproduire à divers intervalles, dans le cours de la maladie.

Un dernier point à étudier, c'est de savoir à quelle époque de la maladie de pareils accidents se représentent. M. J. Falret, qui s'est particulièrement occupé de ce côté de la question, dit à ce sujet[1] : « Ces accidents congestifs doivent d'autant plus fixer l'attention que, d'après nos observations particulières, ils se produisent surtout dans les dernières périodes de la maladie et peuvent être considérés, dans quelques cas, comme la cause de la mort souvent subite de ces malades, lorsqu'elle a lieu surtout pendant la période d'excitation. Nous nous bornerons à mentionner ici ce fait, qui nous paraît digne d'être étudié avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'à présent; mais nous ne pouvons nous empêcher d'y joindre une réflexion générale qui s'impose à notre esprit. N'est-il pas étonnant, qu'une forme de maladie, comme la folie circulaire, qui, étudiée psychologiquement, semble consister presque exclusivement dans les lésions de l'ordre intellectuel et moral et qui, observée dans ses degrés les plus modérés, se rapproche tellement de l'état moral qu'on la confond souvent avec de simples variations d'humeur ou du caractère, ait néanmoins une attache cérébrale si profonde qu'elle s'accompagne de plus d'accidents cérébraux que la plupart des autres formes de la folie vésanique essentielle? » M. J. Falret croit devoir rapprocher ce fait clinique d'un autre fait d'observation bien important : « Dans la plupart des

[1] *Loc. cit.*, p. 67.

folies raisonnantes ou des folies appelées plus spécialement héréditaires, on a constaté également, ajoute-t-il, l'existence d'accidents cérébraux congestifs, se reproduisant à plusieurs reprises pendant la vie des malades et déterminant souvent leur mort, ainsi que l'ont démontré, il y a quelques années, la mort subite et l'autopsie de l'avocat Sandon, dans le cerveau duquel on a trouvé sept foyers apoplectiques de dates diverses, dont le dernier, siégeant dans la protubérance, avait entraîné la mort. »

Toutes ou presque toutes les observations publiées dans le cours de ce travail, nous fournissent, pendant la période d'excitation, des exemples des principaux symptômes physiques décrits plus haut. Il ne nous reste qu'à citer des faits de folie à double forme avec accidents congestifs et phénomènes cérébraux. Nous en donnerons trois : le premier, que nous empruntons à une leçon de M. le professeur Ball, est un cas de folie circulaire avec léger embarras de la parole et inégalité très marquée des pupilles; le deuxième, dû à M. le Dr Lunier, est un exemple de folie à double forme durant depuis quarante-huit ans, avec léger embarras de la parole et congestions cérébrales à diverses reprises; le troisième enfin, que nous devons à l'obligeance de notre excellent collègue et ami le Dr J. Christian, est l'histoire d'un malade qui, à deux reprises différentes, a été atteint, pendant la période d'excitation, d'une attaque épileptiforme.

Voici d'abord l'observation de M. Ball que nous copions textuellement.

Observation XXXII.

Sommaire. — *Folie à double forme durant depuis vingt-deux ans. — Chute de voiture faite à l'âge de dix-huit ans. — Période d'excitation avec idées de richesse, dipsomanie, excès vénériens, durant dix mois. — Période de dépression de deux ans de durée. — Embarras de la parole, inégalité pupillaire.*

« Il s'agit, dit le savant professeur[1], d'un homme de quarante ans, dont les débuts dans la vie semblaient favorisés sous tous les rapports. Intelligent, aimable, doué d'une santé robuste, il n'avait jamais éprouvé aucun accident, lorsqu'à l'âge de dix-huit ans il fit une chute de voiture dans des circonstances très dramatiques. Cet accident, minime par lui-même, eut des conséquences incalculables au point de vue moral : il fut le point de départ d'un accès de manie aiguë, qui fit interner le malade à Bicêtre pendant trois semaines. Rendu, dans une certaine mesure, à la santé, il revient dans sa famille, et là il fut pris d'une scarlatine grave, dont les manifestations diverses couvrirent une période de trois mois. Pendant toute la durée de cette maladie fébrile, il fut en proie à un état mental se manifestant par des accès de fureur, dans lesquels il voulait tuer son père. La fin de cette excitation marque la fin de son accès maniaque ; il se calme, mais il devient affaissé, mélancolique ; il se tenait dans un coin, ne bougeait plus, refusant de parler, refusant de prendre de la nourriture.

« Il ne s'agissait point ici d'une folie transitoire, car cette mélancolie profonde se prolongea pendant deux ans. Aussitôt après, le malade eut un nouvel accès de manie, qui dura dix mois et fut lui-même suivi d'autres accès de mélancolie. Depuis cette époque, les crises se sont succédé sans interruption et presque sans variation : les accès maniaques durant dix

[1] *Leçon sur la folie circulaire*, in *France médicale*, n° du 20 avril 1880.

mois, les accès mélancoliques durant deux ans. Actuellement cet homme a quarante ans; c'est donc depuis vingt-deux ans qu'il est en proie à cette forme de maladie mentale.

« Parmi les accès qu'il a traversés, il en est deux qui méritent surtout d'attirer notre attention : celui qui s'est produit il y a dix ans, et celui sous l'influence duquel il est encore aujourd'hui.

« En mai 1870, pendant une période d'excitation, il fut séquestré à Sainte-Anne. Nous avons, à ce moment, des notions très précises sur son état intellectuel. Il s'était, dans le temps, beaucoup occupé de spiritisme; il se croyait alors en proie à deux influences contraires qui le poussaient, l'une au bien, l'autre au mal, et qui agissaient sur lui tour à tour. Il resta deux mois à Sainte-Anne et il en sortit amélioré, mais pour retomber dans une nouvelle période de mélancolie; et pendant cette période, il commit la plus grande faute de sa vie, il se maria. Sa femme, à laquelle il avait caché ses deux séquestrations, sa femme le trouvait bien triste pour un fiancé, mais on passa par dessus cette difficulté et le mariage s'accomplit. Triste conséquence de la faute qu'il avait commise, il eut trois enfants qui tous les trois moururent de méningite en bas âge. C'est ici, Messieurs, que vous voyez apparaître l'hérédité, condition presque indispensable pour la folie à double forme, condition qui manquait au point de vue des antécédents chez notre malade, car dans sa nombreuse famille on ne trouve rien. Le seul fait que l'on puisse rattacher de loin à la folie, c'est une congestion cérébrale dont son père a été affecté.

« Depuis son mariage, le malade a continué la série de ses accès. Chaque accès se compose de deux stades, comme toujours, le stade maniaque durant dix mois, et le stade mélancolique durant deux ans. Ainsi que vous le voyez, c'est une maladie à très longue période.

« La période d'excitation représente chez lui une exaltation de toutes les facultés et en même temps de toutes les fonctions. Elle est précédée par des accidents prodromiques auxquels sa femme ne se trompe jamais : il commence par être moins assidu au travail, par avoir la tête en l'air; il devient agité, re-

muant, loquace; il est emporté, mobile dans ses idées; il est persécuté d'un besoin de mouvement, il ne peut rester en place. A ce moment, il se produit un phénomène important : le sommeil devient troublé. Pendant le stade mélancolique, il dort bien, il repose régulièrement et avec calme. Pendant la période d'agitation, le sommeil est imparfait, interrompu et traversé par des rêves. Il mange, il boit avec excès ; il marche avec passion et fait quinze lieues en un jour; il ne parle plus que d'affaires grandioses; il veut se livrer à des spéculations considérables, et faire des libéralités, des aumônes, des dons. Ce n'est point le fait d'un sentiment exagéré d'humanité, car il est méchant au contraire; ce n'est que l'exagération de sa vanité. A ce moment, il roule de vastes projets dans sa tête, il veut faire de l'or, renverser le clergé, rendre tous les pauvres heureux.

« Deux phénomènes significatifs se manifestent en même temps vers cette époque : c'est d'abord un penchant alcoolique très prononcé ; il commet des excès de boisson qui expliquent sa violence et son excitation. D'un autre côté, il éprouve une exaltation du sens génital; les rapports conjugaux exagérés, dans lesquels il fait souvent preuve d'impuissance, sont insuffisants pour lui; il fréquente les filles de mauvaise vie; et chez lui, selon l'expression de J.-J. Rousseau, la volonté parle encore quand les sens se taisent. L'excitation qu'il manifeste n'est pas de nature périphérique, mais d'origine centrale.

« Arrivé à l'apogée de sa crise, il tombe dans des accès de violence indescriptibles. Il frappe sa femme, il brise ses meubles, il manifeste une violence telle qu'on est obligé de le faire enfermer.

« Peu à peu, ces symptômes se calment et une sorte de trève s'établit; mais à mesure que revient la tranquillité, son caractère change; il devient sombre, taciturne; la tristesse l'envahit et l'on voit arriver la période de dépression.

« A ce moment l'esprit est chagrin, les pensées sont tout autres et sa conduite s'en ressent. Il est abattu, ses espérances s'envolent; il est honteux de sa conduite précédente; les projets qu'il avait formés le font maintenant rougir. A ce mo-

ment c'est un homme sobre, rangé, laborieux; il travaille et apporte régulièrement le gain de la semaine à sa femme, qui voudrait le voir toujours dans cette période mélancolique. A ce moment il s'incline devant elle, il se reproche de l'entraîner dans la misère; il est économe et même avare. Autant il est dangereux et violent pendant la première période, autant il est bon, doux, serviable pendant la période de dépression.

« C'est après deux ans, c'est après cette longue évolution que se manifestent de nouveau les phénomènes prodromiques auxquels sa femme ne se méprend pas.

« Il est actuellement en plein dans une crise maniaque, il y est depuis le 1er janvier environ; son accès va durer jusqu'au mois d'octobre. Au début, il s'est produit un accès de fureur plus violent que de coutume, pendant lequel il s'est précipité sur sa femme, il l'a frappée avec rage, lui a arraché les cheveux, lui a broyé les pieds sous ses talons, puis il a brisé ses meubles. C'est à la suite de cette crise qu'il est entré à Sainte-Anne, le 5 février.

« Il est maintenant beaucoup plus calme; il ne semble offrir aucun des caractères de fureur, aucune des conditions qui rendent un aliéné dangereux. Je n'oserais attribuer ce résultat à notre seul traitement, mais je crois qu'on peut en rapporter la plus grande partie à sa sobriété forcée; l'absence de cet excitant, l'alcool, entraîne la cessation des phénomènes d'exaltation qu'il présentait d'ordinaire. Cependant il reste en état d'excitation maniaque; son langage est prétentieux, il a des visées à la haute littérature; il tire pêle-mêle de sa mémoire tous ses souvenirs classiques et confond Boileau avec Bossuet; il mélange le sacré au profane, sans se rendre compte de ce qu'il fait.

« Il continue à nourrir de vastes projets, il manifeste des sentiments d'exaltation permanents. Phénomène caractéristique, il ne présente pas le moindre affaiblissement intellectuel. Depuis vingt-deux ans, il a marché constamment sur la frontière de la démence, sans la franchir.

« Quelques données physiques compléteront ce tableau. Il a la tête petite, les oreilles déformées; l'absence de lobule

qu'il présente serait pour Morel un excellent signe de l'aliénation mentale. Il offre un léger embarras de la parole et une inégalité très marquée des pupilles. Si l'on ne connaissait l'histoire de cet homme, on pourrait le prendre pour un paralytique général au début; mais voilà vingt-deux ans que cela dure et la paralysie générale se serait depuis longtemps manifestée. »

L'observation suivante, communiquée par M. Lunier à M. Baillarger, est l'histoire d'un malade atteint de folie à double forme depuis quarante-huit ans et qui, à partir de 1852 — il avait soixante ans à cette époque — a eu fréquemment des congestions cérébrales pendant la période d'excitation.

Observation XXXIII[1].

Sommaire. — *Folie à double forme durant depuis quarante-huit ans. — Période d'excitation avec délire ambitieux, léger embarras de la parole, congestions cérébrales. — Période de dépression avec simple état mélancolique.*

M. C..., célibataire, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, a été admis pour la première fois à l'asile de Blois, le 29 octobre 1852, à l'âge de soixante ans. Sœur suicidée. On apprend que le malade n'a jamais été raisonnable. A quinze ou seize ans, on dut songer à l'interdire, mais il ne fut déclaré atteint d'aliénation mentale qu'à l'âge de dix-neuf ou vingt ans. Depuis cette époque, M. C... a eu tous les ans ou tous les deux ans des accès de folie plus ou moins violents, mais offrant à peu près constamment les mêmes caractères, à savoir : excitation maniaque survenant brusquement après plusieurs mois, rarement plus d'une année, suivie d'un état

[1] *Ann. méd.-psych.*, 1858, p. 401.

normal, ou du moins considéré comme tel. M. C... quitte sa famille, fréquente les cabarets et les maisons de débauche, se montre hardi, provocateur, entreprenant ; il a des idées ambitieuses, de l'insomnie.

A cette excitation, qui dure de deux à six et même huit mois, suivant que M. C... est laissé libre ou mis dans une maison de santé, succède une prostration mélancolique qui dure trois ou quatre mois ; puis enfin M. C... revient à son état normal ; il est alors doux, timide, prévenant même.

Puis, après six ou sept mois, l'excitation reparaît ; et cela dure ainsi depuis quarante-huit ans sans changements notables dans l'état du malade.

On trouve sur les registres de l'établissement les notes suivantes :

15 et 16 *février* 1853. — Symptômes de congestion cérébrale, cédant aux saignées et aux révulsifs.

Mars. — Incohérence des idées, penchant à la violence, agitation, rémittence, prédominance d'idées de grandeur et d'empoisonnement.

Juin. — Tristesse.

Juillet. — Sortie en ville, gaieté, bonne tenue ; M. C... est considéré comme guéri et quitte l'asile le 24 octobre 1853.

Il est ramené à l'établissement le 24 juillet 1854.

Octobre 1854. — Commencement de l'excitation maniaque, idées de grandeur : C... a été commandant, il a assisté à plusieurs batailles, etc. (il n'a jamais servi) ; habituellement d'une avarice sordide, il prodigue son argent, fait mille emplettes futiles, commande à son tailleur des vêtements en grand nombre dont il n'a nul besoin ; loquacité, insomnie.

15 *avril* 1855. — Après une amélioration de peu de durée, l'agitation reparaît plus violente que jamais, et se complique d'un amaigrissement rapide, affaissement des traits, peau terreuse, M. C... ne reconnaît personne.

5 *mai*. — M. C... refuse de prendre des aliments, affaissement progressif, ne répond à aucune question, insomnie.

12 *mai*. — Amélioration : M. C... mange et commence à répon-

dre, mais toujours avec incohérence, aux questions qu'on lui adresse; léger embarras de la parole; nous commençons, dit M. Lunier, à redouter l'existence d'une paralysie générale, et nous croyons remarquer un peu d'hésitation dans la démarche. Agitation extrême, cris incessants; M. C... ne peut tenir en place.

Juin. — Amélioration notable et progressive; taciturnité.

Les mois suivants, la tristesse disparaît lentement, et M. C... revient progressivement à son état normal.

26 *avril* 1856. — Congestion cérébrale légère qui disparaît sans laisser de traces.

26 *septembre.* — M. C... se plaint de maux de tête et d'étourdissements; les conjonctives sont injectées, le pouls est plein à 70. Sangsues au siège.

2 *mai* 1857. — Accès de folie à double forme, en tout semblable à celui décrit plus loin, quoique moins violent et moins prolongé.

Au mois de septembre, M. C... est à peu près revenu à son état normal.

La dernière observation est celle d'un individu qui, à deux reprises différentes, pendant la période d'excitation, a eu des attaques épileptiformes.

Observation XXXIV (communiquée par M. le Dr Christian).

Sommaire. — *Folie à double forme. — Période d'excitation avec exaltation générale, propos et gestes obscènes. — Attaques épileptiformes. — Période de dépression caractérisée par de la mélancolie simple.*

M. Melchior, né le 17 juin 1808. N'a jamais fait aucun excès. Mère aliénée (?).

Ce malade est entré pour la première fois à la maison de Charenton, le 26 avril 1865, et en est sorti le 30 novembre de

la même année. Voici les symptômes qu'il a présentés durant ce séjour : délire général avec prédominance d'un certain nombre d'idées de grandeur, exaltation générale qui le porte à parler avec volubilité, à crier, à chanter, à se livrer nuit et jour aux actions les plus déraisonnables. Cet état persiste jusqu'au mois de septembre 1855. A ce moment, le malade tombe dans un état de dépression, il parle à peine, reste toute la journée assis dans un coin, immobile et taciturne. Enfin, il sort, le 30 novembre 1865, dans un état marqué de convalescence.

Il rentre, le 11 avril 1872, dans le même état de surexcitation maniaque, qui se traduit par une exubérance de propos cyniques et par des actions désordonnées. Au mois d'août, cette excitation se calme et l'on constate une tendance à la tristesse. Il sort le 23 octobre 1872.

Nouvel accès d'excitation, en 1873, qui nécessite son placement le 7 décembre. C'est pendant cette période d'excitation que le malade est pris d'une attaque épileptiforme. Il sort le 17 décembre 1876.

Quatrième séjour, du 13 mars 1877 au 21 février 1878.

Enfin, il rentre, pour la cinquième fois, le 12 octobre 1878. Depuis lors, le malade n'a cessé de présenter des alternatives d'excitation et de dépression. Voici quelle est la marche des périodes, à partir du mois de février 1879 :

En février 1879, M. Melchior est dans une période d'agitation ; celle-ci dure jusqu'au 1er mai. A partir de cette date jusqu'au 10 janvier 1880, le malade est dans un état de dépression. Puis l'agitation a repris avec une extrême violence et a duré jusqu'au 30 avril, date à laquelle le malade semble revenir au calme. Toujours le retour de l'agitation a été subit.

Durant la période d'agitation, de février au 1er mai, le malade a eu une nouvelle attaque épileptiforme.

Voici les caractères de deux périodes :

Pendant l'accès d'agitation, cris, loquacité, actes de violence ; mais ce qui prédomine, ce sont les propos et les gestes obscènes.

Durant les périodes de dépression, le malade est indifférent, silencieux, triste, taciturne, abattu.

Pas de période intermédiaire, pendant laquelle le malade est entièrement revenu à la raison.

Malgré son âge et le nombre des accès, le malade ne présente aucun signe de démence.

M. Melchior est sorti de la maison de Charenton, le 27 janvier 1881, en période de dépression. Il s'est réagité au moment des fêtes du 14 juillet de la même année et a été ramené dans l'établissement le 15 juillet, présentant tous les symptômes ordinaires de la période d'excitation. Mais, le surlendemain de son entrée, le 17 juillet, il est décédé à la suite d'étranglement interne. L'autopsie a été interdite par la famille.

RÉSUMÉ.

Comme nous l'avons fait dans le chapitre précédent pour la période de dépression, il nous faut présenter maintenant un tableau synthétique de la période d'excitation, en faisant surtout ressortir les symptômes principaux.

L'état d'excitation peut se présenter avec des degrés différents d'intensité, mais le plus ordinairement il consiste dans une simple surexcitation de toute la vie physique et morale sans délire bien déterminé. Ce qui caractérise alors particulièrement les malades, c'est un besoin incessant de mouvement et d'activité : ils ne peuvent rester un moment en place, ils vont, viennent, parlent sans cesse, écrivent lettres sur lettres. S'ils sont en liberté, ils ne peuvent rester chez eux, passent leur temps à faire des visites, ne pensent qu'à aller en soirée, au bal, au théâtre, etc.

Les facultés intellectuelles sont, pour ainsi dire, constamment en ébullition, les idées se succèdent et s'entrechoquent dans l'esprit des malades avec une si grande rapidité qu'ils ne peuvent s'arrêter à aucune d'elles ; elles se suivent avec une telle vitesse que souvent il en résulte un certain désordre qui a quelque analogie avec l'incohérence de la manie. La mémoire prend un développement inusité; les malades se souviennent des circonstances les plus insignifiantes de leur vie passée; ils récitent de longs passages d'auteurs classiques, parlent plusieurs langues, composent des discours, des poésies, etc.

Quant à la partie affective de ces malades, elle présente la même mobilité et la même surexcitation. Tous les sentiments — amour et haine — toutes les passions se manifestent avec un degré excessif, mais généralelement aussi avec la plus grande versatilité. Les malades passent de la joie à la tristesse, aussi facilement que de l'amour à l'aversion, etc. En outre, ils deviennent taquins, malveillants, querelleurs, malfaisants. Ils inventent les histoires les plus fantastiques et les plus mensongères, et les racontent avec l'accent de la plus profonde conviction. Ils s'occupent de tout ce qui se passe autour d'eux, mais ils interprètent toujours avec malveillance tout ce qu'ils voient, tout ce qu'ils entendent. Il en est qui ont une sagacité toute particulière pour saisir ce qui peut paraître ridicule chez les personnes qui les entourent; aussi paraissent-ils heureux d'en profiter et trouvent-ils là matière à mille épigrammes.

Ces malades ont dans leur maintien, leur tenue, leur manière de s'habiller, quelque chose de tout à fait carac-

téristique. Tout chez eux est excentrique, leur manière de parler, de marcher, de se présenter; leur accoutrement est le plus souvent baroque; si leurs vêtements ne sont pas en désordre, déchirés, malpropres, ils sont disparates; on voit de ces aliénés venir à la visite en robe de chambre et le chapeau sur la tête, d'autres s'appliquer des rubans à couleurs éclatantes dans les cheveux, sur les épaules, sur la poitrine.

Mais il est trois symptômes dont il est très important de tenir compte et qui se présentent chez la plupart des malades pendant cette période ; ce sont : le penchant au vol (kleptomanie), l'impulsion à boire des liqueurs alcooliques (dipsomanie) et la surexcitation des fonctions génésiques (érotomanie).

Le penchant au vol est fréquent, aussi voit-on un grand nombre d'aliénés atteints de folie à double forme s'emparer de tous les objets qui leur tombent sous la main et les cacher dans leur chambre. N'avons-nous point là un degré plus élevé de cette manie qu'ont ces malades de ramasser papiers, chiffons, morceaux de bois, débris de toute sorte et d'en remplir leurs poches ou les tiroirs de leurs meubles?

La tendance à boire des liqueurs alcooliques n'est pas rare et amène toujours, quand les malades peuvent s'y livrer, une intensité plus grande de l'agitation.

Quant à la surexcitation génitale, elle peut se présenter sous divers aspects, depuis la simple coquetterie ou le désir de se marier jusqu'à la nymphomanie et au satyriasis. Elle peut consister uniquement dans l'obscénité du langage ou dans des regards provoquants, ou bien elle peut aller jusqu'aux excès vénériens, à l'onanisme, au priapisme, etc.

Mais la phase d'excitation ne se borne pas toujours à cette simple surexcitation générale de toutes les facultés; souvent on observe de véritables paroxymes présentant les caractères du délire maniaque et pouvant durer quelques heures et même quelques jours. Dans certains cas même — rares, il est vrai — la période d'excitation tout entière consiste en un véritable accès de manie aiguë; alors les malades sont en proie à l'agitation la plus vive, se livrent à des violences, brisent ce qui leur tombe sous la main, déchirent leurs vêtements, etc. Leurs discours sont incohérents et ils n'ont plus conscience de ce qu'ils disent ni de ce qu'ils font.

Dans d'autres cas, enfin, à l'excitation maniaque viennent se joindre des idées délirantes ; ainsi, la vantardise naturelle peut aller jusqu'au délire des grandeurs et des richesses et présenter tous les caractères du délire des paralytiques à la première période.

Les symptômes physiques doivent naturellement correspondre aux phénomènes de l'ordre intellectuel et moral, et la surexcitation de ces derniers être accompagnée de la surexcitation des premiers. En effet, les malades ressentent un sentiment général de bien-être ; ils n'éprouvent jamais de fatigue, malgré le mouvement incessant qu'ils se donnent; l'appétit est vif, le pouls et la respiration sont accélérés; insomnie, etc. Ils gagnent de l'embonpoint et l'augmentation du poids du corps peut même être considérable.

Enfin, on observe parfois des phénomènes congestifs vers la tête et même des accidents cérébraux que l'on n'a été jusqu'ici habitué à voir que chez les paralytiques, c'est-à-dire l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire, des attaques épileptiformes, etc.

Il nous reste à dire quelques mots sur la marche de cette période d'excitation. Dans les accès à courtes périodes, l'excitation se présente le plus souvent d'emblée avec tous les caractères qu'elle aura pendant toute sa durée ; elle pourra seulement être interrompue de temps en temps par des impulsions violentes, par de courts moments d'agitation plus ou moins intense. La période d'excitation se termine alors aussi brusquement qu'elle a commencé.

Dans les accès à longues périodes, au contraire, ce n'est que par une marche lente et progressive que se développe l'excitation. De jour en jour, on voit l'intensité de celle-ci augmenter; la mobilité devient plus grande, les désirs que les malades expriment deviennent plus nombreux et plus pressants, leurs actes prennent de plus en plus un caractère d'excentricité et même de malveillance, la volubilité et la turbulence n'ont bientôt plus de bornes. De loin en loin, on a pu déjà constater quelques scènes de violences ; mais il arrive fréquemment que le *summum* de la période est marqué par un véritable accès maniaque; c'est avec le déclin de celui-ci que commence aussi dans ce cas le déclin de la période d'excitation. On voit peu à peu l'exaltation générale baisser de niveau ; les actes et les paroles des malades deviennent de moins en moins violents ; il arrive enfin un moment où s'observent du calme, plus de tenue, presque les apparences de la raison ; mais le moment du passage de l'excitation à la dépression n'est pas loin. Souvent les malades sentent la transformation qui va s'opérer, ils luttent avec énergie contre la mélancolie qui les envahit, mais en vain. Ni l'énergie qu'ils déploient, ni les traitements physiques et moraux qui sont employés,

ne peuvent d'ordinaire empêcher la phase de dépression de s'établir ; encore moins arrivent-ils à briser le cercle dans lequel les malades sont fatalement destinés à tourner.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION DE LA MALADIE.

Dans les deux chapitres précédents, nous avons donné une description clinique, aussi exacte et aussi complète que possible, des deux périodes, l'une de dépression, et l'autre d'excitation, constituant l'accès de la folie à double forme. Il nous faut étudier maintenant la manière dont ces deux périodes s'enchaînent, pour ainsi dire, afin de former un accès ; puis, cela connu, il reste à suivre la marche de la maladie depuis son début jusqu'à sa terminaison. Ce chapitre comprendra donc naturellement deux parties : l'étude de l'évolution de l'accès de folie à double forme, puis celle de l'évolution de la maladie elle-même.

1° *Évolution de l'accès de folie à double forme.*

Nous avons dit plus haut qu'un des caractères de la folie à double forme, qui permet de la classer au

nombre des folies périodiques, c'est la ressemblance de tous les accès chez un même malade. Qu'on lise en effet une observation faite avec soin, ou mieux encore qu'on suive pendant un temps prolongé un aliéné atteint de cette affection, on verra que, sauf quelques légères variations dans la durée ou l'intensité, tous les accès se ressemblent. Semblables en cela aux accès de folie épileptique, les accès de folie à double forme sont, pour ainsi dire, calqués sur ceux qui ont précédé ; c'est la même épreuve tirée à un grand nombre d'exemplaires. Cela est vrai de la symptomatologie de l'accès comme de sa marche. Mais ainsi que nous l'avons vu précédemment, les symptômes peuvent varier selon les malades ; on en peut dire autant de la marche. Ce sont ces différences dans la marche de l'accès qui seront étudiées dans ce paragraphe.

Début de l'accès. — La première question qui se présente à nos recherches, est de savoir par quelle période commence ordinairement l'accès. Est-ce par la phase mélancolique ou par la phase maniaque ? Les auteurs sont très divisés sur ce point, et il faut avouer que les documents qu'on possède conduisent à des résultats contradictoires. Si, en effet, on étudie les faits, on arrive à constater que l'accès débute chez certains malades par la phase mélancolique et par la phase maniaque chez d'autres. Toutefois, ce qui permet d'admettre que le début le plus habituel de l'accès se fait par la période mélancolique plutôt que par la période maniaque, c'est que la maladie elle-même présente toujours ou presque toujours un stade mélancolique initial plus ou moins pro-

longé, ainsi que l'ont établi Ludwig Meyer[1] et M. J. Falret.[2]

Quoi qu'il en soit, que le premier accès commence par la période de dépression ou par celle d'excitation, il est rare que le début soit modifié dans ceux qui suivent, même lorsqu'ils ont entre eux de longs intervalles lucides.

Divers modes de passage d'une période à l'autre. — Mais, l'accès commencé, il s'agit de rechercher de quelle manière s'établit le passage d'une période à l'autre. Si l'on étudie avec soin les faits, on constate que la transition d'une forme à l'autre ne s'effectue pas d'une manière fixe et invariable pour tous les cas. Cependant, s'il y a des distinctions à établir, elles ne sont pas très nombreuses, et les observations peuvent être à ce point de vue classées en quatre catégories que nous allons étudier successivement.

1° Dans certains cas, — assez fréquents d'ailleurs, — la transition peut être brusque. Elle se produit alors d'ordinaire pendant le sommeil ; dans l'espace d'une nuit, un changement complet s'opère. Ainsi le malade qui s'est couché mélancolique ou maniaque, se réveille maniaque ou mélancolique. Cela s'observe surtout lorsque les accès sont courts, qu'ils n'ont qu'une durée de quelques jours, quinze jours, trois semaines, un mois au plus.

Parmi les faits publiés dans le cours de ce travail, se trouvent plusieurs exemples de ce mode brusque de transition ; on peut citer comme les plus frappants l'histoire

[1] *Ueber circuläre Geisteskrankheiten*, in *Arch. für Psych.*, t. IV, 1874, p. 141.

[2] *La folie circulaire ou folie à formes alternes*, in *Arch. de méd.*, janvier 1879, p. 57.

de la malade de l'Observation I, qui, après quinze jours d'un état de torpeur complète pendant lesquels elle se tient confinée dans sa chambre, se réveille subitement un matin en proie à une vive exaltation; puis, celle de la malade de l'Observation XVI, chez laquelle l'état mélancolique cesse aussi pendant la nuit et est remplacé par une violente agitation.

Dans l'observation suivante du professeur Krafft-Ebing [1], intéressante à d'autres points de vue que celui qui nous occupe actuellement, on constate d'une façon particulière cette transition brusque d'une période à l'autre; elle ne se produit pas seulement pendant la nuit, mais aussi pendant le jour et cela, suivant l'expression de notre auteur, en un tour de main (*im handumdrehen*).

Observation XXXV.

Sommaire. — *Folie à double forme à courtes périodes. — Période d'excitation caractérisée par de la manie sans délire. — Période de dépression avec légère stupeur. — Terminaison par un accès maniaque. — Guérison.*

Jager, dix-huit ans, fils de cultivateur, entre à l'asile le 30 décembre 1874. Son père est un ivrogne, la mère faible d'esprit, extrêmement bigote et sujette à de fréquentes congestions cérébrales. Son frère est très irritable et très querelleur. Le malade a toujours été bien portant dans son enfance, mais toujours faible d'intelligence. A l'âge de neuf ans, grave traumatisme crânien. Il y aurait eu écoulement de sang par les oreilles et le blessé serait resté un temps assez long sans connaissance et sans pouvoir prononcer une parole. Depuis cet accident, grande tendance aux congestions vers la tête. A l'âge de treize ans, éveil des désirs vénériens, largement satis-

[1] *Lehrbuch der Psychiatrie*, t. III. Obs. 108, p. 138.

faits par l'onanisme. A la même époque, il devient psychiquement malade, il est triste, silencieux, craintif, sans volonté, ne dormant plus, ayant peur du *mauvais ennemi*. Après une durée d'un mois de cet état mélancolique, il devient, durant la nuit, maniaque; il est alors gai, extravagant, fait de fréquents excès alcooliques et vénériens. Ce stade maniaque dura un an; puis vinrent quinze jours de mélancolie, auxquels succédèrent de nouveau quatre semaines de manie. Depuis lors, alternances constantes de mélancolie et de manie. Le cycle complet des deux phases demandait à peu près deux mois; la phase mélancolique était toujours plus courte que la phase maniaque et durait de huit à quinze jours. A Pâques 1874, le stade mélancolique de huit à quinze jours fut remplacé par une manie qui dura jusqu'au 24 décembre. La manie a toujours existé sans délire. Le 24 décembre, le malade devient subitement silencieux, triste, sans volonté; le 29, il redevient maniaque.

A son entrée, le malade est encore maniaque. Vigoureux, bien développé et bien portant. Le crâne est trop petit dans tous ses diamètres, le front bas, fuyant. Tête congestionnée, pouls carotidien plein et mou, rapide. Le 6 janvier, ce stade maniaque se dissipe.

Jusqu'au 24, état régulier, calme. Mais ce jour, il devient subitement triste, silencieux, sans volonté. Le 6 février, de nouveau lucide et sans symptômes mélancoliques. Le 15, subitement mélancolique. Le 28, maniaque (grande gaieté, demande tout ce qu'il voit, insomnie, volubilité); le 15 mars, en un tour de main, mélancolie profonde. Le malade est légèrement en stupeur, se tient debout dans les coins, refuse de manger. La peau du visage est rouge, la pupille gauche contractée, le pouls lent, à 56.

Le 26, le malade paraît plus actif et, le 28, la mélancolie disparaît. Lucidité jusqu'au 9 avril. De ce jour au 24, léger accès de mélancolie. Le malade n'ayant plus présenté d'accès du 24 avril au 16 août, il fut renvoyé chez lui. Il se mit en condition et, excepté de fortes céphalalgies et des phénomènes congestifs, il se porte bien jusqu'au 18 juillet 1876.

Ce jour, il eut une dispute, et, après une nuit d'insomnie, il devient gai, chante, parle beaucoup, erre sans but, trouble le service divin, et, ne se trouvant pas lui-même la tête bien saine, il se rend à l'asile où il arrive gai, extravagant, légèrement maniaque, la tête prise et congestionnée, orné d'une manière fantastique de bouquets et de rubans.

Pour cette fois, la maladie se réduisit à de l'exaltation maniaque avec une forte teinte raisonnante; mais le tout se dissipa vers la fin d'octobre. Le malade resta encore quelques mois en observation, puis, le retour attendu de la psychose circulaire ne se présentant pas, il fut renvoyé guéri.

2° Un autre mode de transition, plus fréquent que le précédent, est celui qui se produit très lentement et par degrés insensibles. Il s'observe généralement dans les cas où les périodes se prolongent cinq, six mois et même davantage.

Pour bien faire saisir ce passage graduel d'une phase à l'autre, il est utile d'entrer dans quelques détails et d'emprunter à l'observation clinique les renseignements qu'elle fournit, de décrire les modifications lentes qui se produisent dans l'état des malades, soit qu'ils passent de la période de dépression à celle d'excitation, soit qu'ait lieu le phénomène inverse.

Supposons d'abord un malade dans la phase dépressive de la folie à double forme. Il a atteint le plus haut degré de la stupeur; il reste toute la journée assis, immobile, muet, la figure exprimant l'inertie ou même l'angoisse; il mange difficilement ou refuse toute espèce d'aliment, au point qu'on est forcé de le nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne. Il reste dans cet état plusieurs semaines, quelques mois peut-être; puis, petit à petit, il semble sortir de sa torpeur, il paraît s'intéresser à ce qu'on lui dit, alors qu'il y a quelques jours, il ne semblait pas vous

écouter; il ne mange pas encore seul, mais il avale sans difficulté les aliments qu'on lui introduit dans la bouche. Quelques jours après, ce réveil s'accentuant encore davantage, le malade commence à manger seul; lui qu'il fallait habiller comme un enfant, il fait sa toilette; aux questions qui lui sont faites, il répond à demi-voix et comme timidement; puis arrive un semblant d'activité : le patient se promène, s'occupe un peu, mais le tout avec une lenteur caractéristique. Maintenant, laissez passer quelques jours encore, et vous verrez celui qui ne vous adressait plus la parole depuis longtemps, venir à vous, demander soit à sortir, soit à écrire aux siens, etc. A ce moment le réveil peut être considéré comme complet, l'activité est revenue, l'intelligence semble avoir repris tout son essor, bref, on a affaire à un tout autre homme que celui qui, il y a quelques semaines, représentait le type de la plus profonde stupeur; une métamorphose s'est accomplie. Mais il ne faut pas se laisser influencer par le contraste entre l'état maladif qui vient de prendre fin et l'état présent, pour voir dans ce dernier un retour à la raison. C'est un calme trompeur qui n'aura qu'une durée de quelques jours et sous lequel un observateur attentif saura voir les premiers symptômes d'une tempête prochaine. En effet, de même que le malade est sorti graduellement et d'une façon pour ainsi dire insensible de la stupeur, il marche d'une façon lente mais progressive vers cette excitation maniaque qui constitue la seconde phase de son accès.

Suivons maitenant la marche inverse. Prenons un malade arrivé au point culminant de sa période d'excitation, il est violent, criard; ses cheveux, ses vêtements sont en désordre; ses discours sont incohérents, impossible

d'obtenir de lui quelques paroles raisonnables ou de pouvoir fixer son attention. Cette agitation dure un certain temps, puis un changement se produit. « .... L'état maniaque baisse peu à peu de niveau. Le malade commence à être moins violent dans ses paroles et dans ses actes. Il parle beaucoup moins ; il ne brise et ne déchire plus ; il reprend les apparences de la raison, au point de vue de son maintien, de sa toilette et de la plupart de ses actes et il apprécie plus sainement toutes les choses du monde extérieur ; mais il n'est pas cependant revenu à lui-même. Il voit tout en beau ; il fait encore quelques projets souvent réalisables, mais peu en rapport avec sa situation actuelle et ses habitudes extérieures ; il parle toujours avec volubilité, il a beaucoup de vivacité dans les mouvements, ne peut pas rester en place, se mêle de tout ce qui ne le regarde pas, n'apprécie convenablement ni son état maladif antérieur, ni son excitation actuelle ; en un mot, tous ceux qui l'observent pour la première fois, dans ce degré évidemment très amoindri de son affection, constatent néanmoins qu'il est encore très exalté et qu'il est loin d'être revenu à l'état physiologique[1]. » Mais, de même que l'excitation maniaque qui a marqué le summum de la période, cette exaltation diminue peu à peu à son tour ; les symptômes qui la caractérisent s'amenderont progressivement, et le malade finira par arriver enfin, suivant l'expression de M. J. Falret, « à un état de calme plat, à une sorte d'équilibre de raison, que l'on peut comparer au calme passager de la mer, entre la marée montante et la marée descendante ». Ce calme en vérité n'est que passager ; car, dès qu'ont disparu les

[1] J. Falret, *La folie circulaire ou folie à formes alternes*, in *Arch. de méd.*, janvier 1879, p. 59.

dernières traces de la période d'excitation, apparaissent les premiers symptômes de la période de dépression commençante. Ces premiers symptômes sont comme une sorte de réaction de la phase qui vient de finir : à la mobilité incessante succède la tendance au repos; au besoin de causer, de rechercher la société, de faire des visites, le malade préfère maintenant le calme, l'isolement, etc.

Dans tous les cas où la transition entre les deux périodes de l'accès de folie à double forme se fait d'une façon presque insensible, où les faits se produisent ainsi que nous venons de les décrire, il ne se manifeste pas d'intervalle lucide, de retour à l'état normal. Le plus ordinairement même, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir une limite appréciable entre les derniers moments de la période qui s'éteint et les premiers symptômes de celle qui va commencer. M. J. Falret a comparé avec raison ce passage d'une période à l'autre par transitions insensibles au passage du jour à la nuit, ou de la nuit au jour. « Ici, comme dans la nature, dit-il[1], on voit les dernières ombres de la nuit s'effacer peu à peu devant les premiers rayons du jour, ou réciproquement. »

3° Un troisième mode de transition est celui qui a été décrit par M. J. Falret[2], et qu'il nomme la transition par oscillations successives. Que se produit-il en ce cas ? Le passage de la dépression à l'excitation ou inversement, ne se fait pas d'une façon subite ni par une transition insensible ; mais on observe, à plusieurs reprises, des alternatives rapprochées de manie et de mélancolie. Ainsi, supposons un malade qui se trouve placé à la limite de

[1] J. Falret. *La folie circulaire ou folie à formes alternes*, in *Arch. de méd.*, janvier 1879, p. 54.

[2] *Id. ibid.*, p. 54.

la phase d'excitation et de celle de dépression; avant d'entrer résolument dans cette dernière, il passera par des états successifs de manie et de mélancolie d'une durée variable. Un jour excité, il tombera le lendemain dans la dépression; celle-ci pourra durer plusieurs jours et fera de nouveau place à l'excitation. Ce n'est qu'après plusieurs oscillations de ce genre, qui dureront plus ou moins longtemps, que l'on verra s'établir définitivement la période mélancolique qui suivra alors son cours habituel.

Ce mode de transition est rare; il ne nous a pas été donné d'en observer d'exemples. Cependant, ce que l'on peut voir quelquefois, ce sont des espèces de soubresauts maniaques se produisant au début de la période mélancolique, des moments d'excitation durant quelques heures et se manifestant surtout le matin après le réveil des malades, des impulsions subites se dissipant rapidement; en un mot, ce sont comme les dernières lueurs d'un flambeau qui s'éteint.

4° Enfin, certains auteurs, entre autres Falret père et M. Jules Falret, ont accepté entre les deux périodes de l'accès une troisième période ou période d'intervalle lucide; en sorte que le cycle de l'accès de folie à double forme, au lieu de se présenter avec le caractère d'une sorte d'enchaînement, de suture de la dépression et de l'excitation, serait constitué de la façon suivante :

Accès. { Mélancolie.
Intervalle lucide.
Manie.

Nous ne pouvons nier qu'il n'y ait des faits où l'accès se présente dans de telles conditions; parmi les nom-

breuses observations publiées dans ce travail, il est facile d'en trouver quelques-unes qui confirment ce mode d'évolution de l'accès de folie à double forme. Mais ce ne sont pas « la majorité des cas », ainsi que le voudrait M. J. Falret, fidèle interprète de son père, ou bien comme l'enseigne un aliéniste allemand, Ludwig Meyer, dans son récent travail sur la folie circulaire. Ce savant a même donné, sous forme de tableaux que nous croyons devoir reproduire ici, les observations de deux malades qui présentent l'une et l'autre des intermissions entre la période mélancolique et la période maniaque. (*Archiv für Psychiatrie.* Berlin, 1874, t. IV, p. 144.)

Observation XXXVI.

Femme âgée de quarante-trois ans au début de la maladie.

	MOIS DE DURÉE				OBSERVATIONS
	Période de mélancolie.	Première intermission.	Période d'excitation.	Deuxième intermission.	
1er cycle.	6 *	8	6	3	* Mélancolie initiale.
2e cycle.	3 1/2	5	4	2 1/2	
3e cycle.	5	5	6	3	
4e cycle.	5 1/2	*			*Jusqu'aujourd'hui (1er octobre 1872) 7 mois. Sortie.

Observation XXXVII.

Femme âgée de cinquante-deux ans à l'époque du début de la maladie.

	Mois de durée				Observations
	Période mélancolique.	Première intermission.	Période maniaque.	Seconde intermission.	
6e cycle.	Durée probable 1 1/2	1 1/2	1 1/2	1/2	La maladie existe depuis 4 ans.
7e cycle.	1 1/2	1	1	2 *	* La manie n'a atteint qu'un degré peu élevé; l'intermission qui l'a suivie n'a pas été complète, elle a été interrompue par de courts éclats d'humeur et de courtes dépressions.
8e cycle.	*	1 1/2	1	1/2	* Pas de période mélancolique.
9e cycle.	1/2	*	1 1/2	1	* Pas d'intermission marquante.
10e cycle.	1	1	1	1 1/2	
11e cycle.	2	1/2	2 1/2	1/2	
12e cycle.	1	1/2 *	1/2 *		* Intermission peu marquée et agitation maniaque, puis subitement accès mélancolique.

	MOIS DE DURÉE				OBSERVATIONS
	Période mélancolique.	Première intermission.	Période maniaque.	Seconde intermission.	
13e cycle.	1	1	2	1 1/2	
14e cycle.	2	1/2*	1 1/2	1/2	* Peu marquée.
15e cycle.	2	2	4	1	
16e cycle.	1 1/2	1/2	5	1/2	
17e cycle.	1	1	3 *		*Jusqu'aujourd'hui (15 avril 1872), continue d'être dans un état indéterminé.

Des deux observations précédentes, la seconde doit être interprétée autrement que ne le fait l'auteur. Les intermissions qu'il admet entre les périodes de l'accès et entre les accès, sont toujours de courte durée, quinze jours, un mois, très rarement deux mois. Souvent ces intermissions sont indéterminées; une fois même — lorsque la période intervallaire a été de deux mois — il y a eu des espèces d'oscillations, c'est-à-dire de courtes alternances d'excitation et de dépression, comme dans la forme de transition indiquée par M. J. Falret.

Quant à la première observation, qui présente entre les deux périodes de l'accès des intermissions de cinq et même de huit mois, elle rentrerait dans cette catégorie

de faits dont parle M. J. Falret, et qui présenteraient « une troisième période ou période d'intervalle lucide entre la mélancolie et le retour de l'excitation ».

Voici comment cet auteur décrit cette troisième période[1] :

« Après une durée plus ou moins prolongée de la phase mélancolique, avec les caractères spéciaux que nous lui avons assignés précédemment, on voit cet état diminuer d'intensité, par nuances successives, et arriver enfin à un degré de dépression légère, après lequel le malade reprend peu à peu toutes les habitudes de sa vie normale.

« Il recommence à s'occuper et il rentre dans l'exercice de ses devoirs de famille et de ceux de sa profession. Il n'a plus le sentiment de malaise général, ni celui de profonde incapacité physique et morale qu'il avait auparavant. Il déclare qu'il ne souffre plus, sans cependant présenter le sentiment de bien-être exagéré et de force exubérante qui signalera le retour de la période d'excitation. Il apprécie convenablement sa situation passée et son état actuel. Il ne voit plus tout en noir, et cependant il n'éprouve pas encore la tendance générale à l'optimisme qu'il manifestera plus tard. Il a repris réellement le caractère qu'il avait avant sa maladie. En l'étudiant profondément au point de vue psychologique, on ne peut parvenir à le trouver, ni différent de lui-même à son état normal, ni différent du type habituel de l'humanité, qui sert de critérium pour distinguer la raison de la folie. On est bien obligé, malgré les opinions théoriques que l'on peut professer, de reconnaître que ce ma-

[1] *Loc. cit.*, p. 55.

lade se trouve dans un véritable intervalle lucide, c'est-à-dire dans un état d'équilibre de raison aussi parfait que possible entre l'excitation et la dépression. Si, comme cela a lieu quelquefois, cet état était de très courte durée, on pourrait encore douter de son existence, comme période vraiment distincte de la maladie ; mais d'après toutes les observations publiées, il est impossible de nier que ce stade de raison peut se prolonger, non seulement pendant plusieurs mois, mais encore pendant plusieurs années. Il faut donc bien admettre que l'intervalle lucide existe, et qu'il doit figurer comme élément dans la description générale de la maladie.

« ... Après une durée de plusieurs mois, quelquefois même de plusieurs années, cet état d'équilibre de raison, que l'on pourrait prendre pour une guérison véritable, est enfin remplacé, tantôt subitement, tantôt au contraire d'une manière successive mais presque toujours rapide, par une nouvelle période d'excitation maniaque, qui présente absolument les mêmes caractères que les périodes antérieures. Ainsi se trouve complétée, par le retour des mêmes états pathologiques, le cycle morbide qui caractérise essentiellement la folie circulaire. »

Les assertions contenues dans cette page de M. J. Falret, méritent d'être sérieusement discutées. Acceptées, elles détruiraient l'idée que nous nous faisons de la folie à double forme. Celle-ci, avons-nous dit, est caractérisée par une suite, soit continue, soit périodique, d'accès constitués par deux périodes successives, l'une d'excitation, l'autre de dépression. Admettre entre ces deux périodes une troisième phase, un intervalle lucide, c'est détruire l'homogénéité morbide de l'accès ; en outre,

faire entrer dans la description d'un cycle de phénomènes pathologiques des périodes d'état normal, c'est vouloir faire de la santé une phase de la maladie. La chose nous paraît d'autant moins admissible, lorsque les intermissions sont d'une durée prolongée. On pourrait encore, à la vérité, laisser entrer dans le cadre de la folie à double forme les cas, moins fréquents que ne le supposent Falret père, M. Jules Falret et Ludwig Meyer, dans lesquels on constate un très court intervalle lucide entre les deux périodes de l'accès; mais ces faits ne doivent, à notre avis, être alors considérés que comme servant d'intermédiaires entre les faits de folie à double forme proprement dite et ceux dont nous allons nous occuper. *Natura non facit saltus.*

On a de tout temps admis la périodicité dans les maladies mentales ; on a ainsi décrit une manie, une mélancolie périodiques. Les accès de ces affections présentent alors des caractères particuliers dont nous nous sommes déjà occupé plus haut. Ainsi, revenant à des périodes plus ou moins éloignées, après des intermittences plus ou moins prolongées, ils se ressemblent tous et par leurs symptômes et par leur marche ; il y a là comme une véritable forme d'*épilepsie psychique,* suivant l'heureuse expression de Griesinger[1].

Mais il y a des cas où ces deux formes de folie périodique (manie et mélancolie périodiques) peuvent alterner. Supposons, en effet, un malade qui vient d'avoir un accès de manie d'une durée plus ou moins longue; la guérison est complète et l'état normal se maintient pendant cinq, dix, quinze ans et même davantage. Puis

[1] *Traité des maladies mentales.* Trad. Doumic. Paris, 1865, p. 340.

tout à coup, se produit un accès de mélancolie qui guérit à son tour, et, après une intermission d'une durée à peu près pareille à la précédente, on voit apparaître une nouvelle attaque de délire maniaque qui guérira comme les précédents accès; mais l'accès suivant sera caractérisé par des symptômes de mélancolie, et ainsi de suite.

M. Jules Falret, comme on l'a vu plus haut, considère ces faits comme des folies circulaires, et fait entrer la période lucide, fût-elle même d'une durée de plusieurs années, dans le cycle de la maladie, dans la description de laquelle elle doit figurer comme un des éléments. Nous avons déjà exposé les raisons pour lesquelles nous ne pouvions accepter cette théorie ; il nous reste à indiquer comment il faut, à notre avis, envisager cette catégorie de faits.

Il existe, avons-nous dit, une manie périodique et une mélancolie périodique. Ces deux affections peuvent se présenter chez le même sujet et alterner. Les deux affections (manie et mélancolie), loin d'être soudées l'une à l'autre dans ce cas, comme elles le sont dans la folie à double forme, se succèdent à des intervalles plus ou moins éloignés ; on a alors un troisième groupe de folie périodique, auquel nous proposons de donner le nom de *folie périodique à formes alternes*.

L'intervalle lucide qui sépare les deux accès est plus ou moins long ; s'il arrive au minimum, c'est-à-dire s'il n'est que d'une durée de quelques jours, d'une semaine, de quinze jours au plus, on se rapproche des conditions nécessaires pour la constitution de la folie à double forme, telle que nous l'entendons. Ces cas, à intervalles lucides de très courte durée entre l'excitation et la dé-

pression, forment ce que nous appelons plus haut les faits intermédiaires ; ceux qui servent de transition entre la folie périodique à formes alternes et la folie à double forme. Celle-ci, à son tour, comme nous le verrons bientôt, présente, elle aussi, des particularités dans sa marche ; et si, par un grand nombre de faits, elle touche à la folie continue, par d'autres, au contraire, non moins nombreux, elle mérite d'être placée dans la classe des folies périodiques.

Résumons cette discussion, en répétant que, pour nous, il n'existe qu'une sorte de folie à double forme, c'est celle qui est caractérisée par des accès, soit continus, soit périodiques, constitués par la succession, l'enchaînement de deux périodes, l'une de mélancolie et l'autre de manie. Détruire l'union de ces deux périodes, en intercalant entre elles un intervalle lucide, c'est porter atteinte au caractère fondamental de l'affection que nous étudions. Qu'il y ait des faits pareils à ceux cités par M. J. Falret et par Ludwig Meyer, nous n'y contredisons pas. Seulement, nous croyons devoir les interpréter d'une autre manière que ces deux savants aliénistes.

Après cette description de la marche de l'accès et des différents modes de transition d'une période à l'autre, il nous reste à étudier d'abord ce qu'on appelle degré de l'accès, puis la durée de chacune des périodes et par conséquent de l'accès entier.

Degrés de l'accès. — On a admis deux degrés de la folie à double forme, qu'on distingue d'après la présence ou l'absence de conceptions délirantes[1]. Ainsi l'accès de

[1] Geoffroy. *Thèse de Paris*, 1861, p. 25 et 28.

folie à double forme ou premier degré serait composé de la manière suivante :

Accès au premier degré	Etat mélancolique. Simple exaltation mentale.

L'accès au second degré se présenterait au contraire dans les conditions suivantes :

Accès au second degré	Mélancolie avec délire, avec stupeur, etc. Manie aiguë, conceptions délirantes, incohérence, etc.

Cette classification est incomplète, car le nombre des cas mixtes est nombreux ; nous parlerons de ceux-ci dans un instant, après avoir étudié ces deux premières catégories.

Les malades atteints d'accès de folie à double forme au premier degré, s'observent rarement dans les asiles d'aliénés, mais ils sont très nombreux dans le monde. Ce sont eux surtout qui, pendant la période d'excitation, méritent le titre de *raisonnants*. M. Baillarger avait l'habitude d'en citer un grand nombre d'exemples dans ses cours ; nous lui empruntons les deux faits suivants.

Observation XXXVIII.

Folie à double forme au premier degré.

« Le premier concerne un négociant qui, vers l'âge de cinquante ans, manifeste un curieux changement dans ses habitudes. Pendant la première période (période d'excitation), il est d'une activité prodigieuse, passe toutes ses journées en visites, courses, placements, achats, voit tout en beau, se trouve heureux de tout, écrit des projets de réforme aux ministres, et se fâche si on lui reproche cette suractivité ; il se

livre avec ardeur aux plaisirs de tout genre, et jouit d'un sommeil excellent. Un beau jour, après une mauvaise nuit et un peu de malaise, la scène change, et la deuxième période se déclare; cet homme peut à peine se lever, se décourage, trouve ses projets absurdes, ne veut plus faire aucune démarche pour ses affaires, qui par conséquent sont en souffrance. Il devient alors facile à diriger, comme un enfant, cherche à se débarrasser de tous les objets qu'il avait achetés. Il a honte des actes de la veille, il est triste, sans sommeil, abattu, en proie à des idées de suicide, et cependant il n'a pas de délire. Il se rend parfaitement compte de son état; c'était ce qu'il appelait sa *crise rose* et sa *crise noire*. Voilà donc un homme qu'on ne pouvait faire séquestrer ni interdire, parce qu'il ne déraisonnait jamais; et pourtant il compromettait sa fortune, aussi bien par ses achats absurdes pendant l'excitation que par son apathie pendant la dépression [1]. » (Baillarger.)

Observation XXXIX.

Folie à double forme au premier degré.

Il s'agit d'un membre de l'Institut qui, « malgré une folie à double forme dont il était atteint, continuait à prendre part aux séances; seulement, pour un observateur attentif, ce n'était plus le même homme, suivant qu'il était dans la période de dépression ou d'excitation. Dans le premier état, il entrait dans la salle sans dire une seule parole à ses collègues, allait se mettre à sa place, paraissait triste et abattu, indifférent à ce qui se disait autour de lui, ne prenait jamais la parole. Etait-il, au contraire, dans une période d'excitation, il entrait en se faisant remarquer, causait volontiers avec ses collègues, ne restait pas en place, prenait à chaque instant la parole, avait toujours des objections à adresser. Rentré chez lui, son activité continuait et n'avait pas de bornes, pour

[1] Geoffroy, *loc. cit.*, p. 29.

ainsi dire; ainsi il écrivait sans cesse, ou bien dictait de nombreux mémoires à deux ou trois secrétaires, qu'il avait sous ses ordres [1]. » (Baillarger.)

Nous pourrions multiplier les exemples; contentons-nous de citer encore l'observation d'un malade, racontée par lui-même, et que Willis, médecin anglais du commencement de ce siècle, a rapportée dans la *Bibliothèque britannique* [2].

Observation XL.

Folie à double forme au premier degré.

« J'attendais toujours avec impatience, dit le malade, l'accès d'agitation, qui durait dix à douze jours, plus ou moins, parce que je jouissais pendant toute sa durée, d'une sorte de béatitude : tout me semblait facile; aucun obstacle ne m'arrêtait en théorie, ni même en réalité; ma mémoire acquérait tout à coup une perfection singulière; je me rappelais de longs passages des auteurs latins. J'ai peine, à l'ordinaire, à trouver deux rimes dans l'occasion, et j'écrivais alors en vers aussi rapidement qu'en prose; j'étais rusé et fertile en expédients de toute espèce.

« La complaisance de ceux qui, pour ne pas me pousser à bout, me laissaient donner carrière à toutes mes fantaisies, renforçait dans mon esprit la persuasion de mes pouvoirs supérieurs et soutenait mon audace. Mon insensibilité au froid, à la chaleur, à tous les petits inconvénients de la vie, la justifiait encore. Enfin un égoïsme profond et concentré me faisait rapporter tout à ma personne.

« Mais, ajoute-t-il, si ce premier genre d'illusions me rendait heureux, je n'en étais que plus à plaindre dans l'état d'abattement qui le suivait toujours, et qui durait à peu près

[1] Geoffroy, *loc. cit.*, p. 30.

[2] V. Pinel, *Nosographie philosophique*, t. III, p. 111, et *Traité d'aliénation mentale*, p. 29.

autant. Je me reprochais toutes mes actions passées, et jusqu'à mes idées mêmes. J'étais timide, honteux, pusillanime, incapable d'action, soit au physique, soit au moral. Le passage de l'un de ces états à l'autre se faisait brusquement, sans aucune transition, et presque toujours pendant le sommeil. »

Le second degré de la folie à double forme, c'est-à-dire une manie aiguë succédant à une mélancolie avec stupeur, par exemple, n'est pas moins fréquent que le précédent. Ce travail en contient de nombreux exemples ; le suivant nous semble surtout caractéristique. En effet, la période d'excitation consiste en manifestations de la plus violente manie, et pendant la phase dépressive, on observe la stupeur la plus profonde avec refus d'alimentation, angoisse, etc. Les deux périodes sont donc, pour ainsi dire, similaires, au point de vue du degré des symptômes qui entrent dans leur composition.

Observation XLI.

Sommaire. — *Plusieurs accès de mélancolie, avec prédominance d'idées religieuses.— Folie à double forme à type circulaire.— Période d'excitation caractérisée par de la manie aiguë avec menaces et violences. — Période de dépression avec symptômes de stupeur. — Tendance à la démence.*

M. Félix B..., âgé de dix-neuf ans, demeurant à Paris, entre à Charenton le 28 janvier 1855. Doué d'une intelligence ordinaire, d'un caractère bon et affectueux, ce jeune homme, qui est né d'une mère aliénée, est sujet depuis quelques mois à des céphalalgies et à des épistaxis fréquentes, et se livre à l'onanisme depuis deux ou trois ans.

La maladie remonte à un mois ; elle est caractérisée par une lypémanie avec prédominance d'idées religieuses. M. B..., est

en proie à des soupçons, à de prétendues persécutions de la part de ses amis, de ses parents, surtout de son frère, qu'il a pris en haine. Il est d'une timidité excessive, d'une défiance extrême, a peur que ses aliments soient empoisonnés, et refuse de manger. Il est d'une dévotion exagérée, passe tout son temps à prier dans les églises, croit qu'on veut l'assassiner, a des terreurs imaginaires, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. A la suite de quelques bains, d'une saignée, de purgatifs, et de lotions froides sur la tête, cet état d'anxiété a un peu diminué, et depuis deux jours le malade paraît assez calme. Lors de son entrée, il est triste, abattu, répond lentement, mais exactement aux questions qu'on lui adresse. Il est soumis pendant quelques jours à des bains prolongés, et reprend peu à peu des habitudes normales et régulières, reconnaît sa maladie, mais conserve toujours une certaine timidité.

Le 15 février, il retombe tout à coup, et sans cause connue, dans une profonde tristesse; il ne dort plus, est effrayé, rêve, pousse des cris et des gémissements, reste immobile toute la journée, la tête baissée, les yeux largement ouverts et exprimant l'hébétude, les bras pendants, ne parlant pas, s'isolant, refusant de travailler et de manger, parce qu'il conserve encore ses craintes d'empoisonnement. (Bains prolongés, révulsifs intestinaux, ventouses sèches le long du rachis.) Au bout de cinq jours, retour à l'état normal, gaieté, régularité des fonctions organiques.

Le 5 mars, nouvelle période de mélancolie qui dure jusqu'au 14. Immobilité de tout le corps, mutisme, expression de terreur sur toute la physionomie, inquiétude, insomnie, refus non motivé d'aliments, cris plaintifs. Le traitement consiste en bains sulfureux, douches, affusions et révulsifs de toute espèce. Aussi, du 14 au 19, on remarque une amélioration notable chez M. B..., qui reprend sa physionomie tranquille et calme, et recouvre l'usage de la parole et des mouvements, et mange facilement.

Le 19 mars, accès d'agitation furieuse; le malade refuse tout à coup de manger, et, comme on insistait, il saisit la four-

chette et le couteau qui sont devant lui, les brandit d'un air furieux en menaçant les infirmiers qui cherchaient à lui faire prendre quelque nourriture. Cette agitation, qui a une assez grande durée, est suivie d'une longue période de mélancolie. Tout le mois d'avril se passe dans la tristesse la plus complète, avec tous les symptômes décrits plus haut; souvent même apparaissent des signes violents de désespoir. Le jeune B... dort peu, s'agite dans son lit, déchire ses vêtements, se frappe la tête contre les meubles, se roule par terre et pousse des gémissements.

Mai. — Même état de dépression, physionomie sombre et concentrée, indiquant la nature des préoccupations du malade, qui répond à peine et mange toujours avec beaucoup de difficulté. — Bains sulfureux et affusions alternativement.

Juin. — La période d'excitation éclate subitement, elle est très violente; B... parle haut, avec loquacité, déclame, crie, gesticule, tient des propos incohérents; il court, saute, se roule par terre, attaque tout le monde, menace, injurie, crache au visage des gens; il est grossier et malpropre, salive beaucoup, bave, urine dans son pantalon, reste débraillé, les vêtements en désordre et déchirés; il mange très mal et d'une façon dégoûtante; enfin il ne dort pas et se livre à la masturbation dès qu'il n'a plus la camisole. Malgré les bains prolongés, les affusions froides, des saignées répétées tous les mois, et l'emploi des narcotiques, cette période de manie violente persiste, avec de courts instants de rémittence, pendant quatre mois. Ce n'est seulement qu'en décembre que le délire semble s'affaisser; M. B... dort mieux, est plus calme, plus modéré dans son langage, et réservé dans ses actes; mais il ne tarde pas à retomber dans une stupeur profonde, et redevient immobile, muet, hébété, comprenant à peine les questions qu'on lui adresse et ayant perdu la mémoire.

En janvier 1856, nouvelle agitation qui dure deux ou trois mois.

Enfin le malade est transféré à Bicêtre, le 30 avril de la

même année, conservant encore un peu d'irritation, avec un commencement de démence. (Observation recueillie par M. le Dr Linas, ancien interne, registre de 1855 [2].)

Mais ce ne sont pas là les seules combinaisons des divers degrés que peuvent présenter les symptômes des deux périodes pour constituer l'accès de folie à double forme. Il en est deux autres, non moins importantes et aussi fréquentes que les deux précédentes. En effet, s'il arrive dans un grand nombre de cas que la période de dépression ne consiste qu'en un simple état mélancolique et que de l'exaltation mentale caractérise seulement la période d'excitation ; que d'autres faits, au contraire, nous présentent une stupeur profonde succédant à un délire maniaque des plus violents ; on peut voir aussi très souvent la période d'excitation se réduire à une simple exaltation mentale, tandis que, durant la période de dépression, se manifestent les symptômes de la mélancolie anxieuse avec conceptions délirantes de nature diverse, ou même ceux de la mélancolie avec stupeur ; et réciproquement, à un simple état mélancolique peut succéder une agitation maniaque violente avec délire, etc. Il n'y a pas alors équivalence entre la réaction et l'action.

Ces deux nouvelles formes de combinaisons peuvent se résumer de la manière suivante :

1° Accès de folie a double forme	Simple exaltation mentale. Mélancolie anxieuse ou avec stupeur.
2° Accès de folie a double forme	Manie aiguë. Simple état mélancolique.

[1] Geoffroy. *Thèse de Paris*, 1861, p. 67.

Les exemples de ces deux formes sont nombreux. Parmi les faits épars dans ce volume, nous citerons, pour la première, l'observation de Mme Julie (Obs. XI), qui nous montre une simple exaltation mentale succédant à un état complet de stupeur avec masque terrifiant, etc. ; puis, comme preuves de la seconde de ces formes, nous indiquerons les Observations III, XVI, etc., dans lesquelles la période dépressive se réduit à une simple mélancolie sans délire, tandis que la période d'excitation se caractérise par de la manie avec violences, etc.

Durée de l'accès. — Un dernier point qu'il nous reste à étudier est celui de la durée des deux périodes, et par conséquent celle de l'accès. L'observation des faits amène à conclure que rien n'est plus variable que cette durée, et cette variabilité même permet difficilement d'établir, à ce point de vue, des catégories bien tranchées. En effet, les périodes de l'accès de folie à double forme peuvent avoir une durée de un jour à une année et quelquefois davantage ; mais les cas les plus fréquents sont ceux dans lesquels chacune des phases est de quinze jours, d'un mois, de deux mois, ou bien de six mois ; puis viennent les cas de folie à double forme dont les périodes durent plus de six mois et même une année ; enfin, les faits les plus rares sont ceux dont chacune des phases n'a qu'un ou deux jours ou une semaine de durée.

Mais les deux périodes du même accès présentent-elles toujours la même durée ? Ici, il faut faire une distinction. M. Baillarger a fait remarquer que la durée des deux périodes est d'autant plus égale que les accès sont plus courts. « Les accès peu prolongés, dit-il[1], se divisent en

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1853-1854, p. 349.

deux parties parfaitement égales : l'une remplie par la dépression mélancolique, et l'autre par l'excitation maniaque. » Cette égalité de rapport entre la durée des deux périodes se présente au contraire très rarement quand les accès sont très prolongés. Que se passe-t-il dans ces cas ? D'après l'examen d'un grand nombre d'observations, on arrive à conclure que la période de dépression est ordinairement plus longue que celle d'excitation.

Malgré les nombreuses variétés observées, qui rendent si difficile une classification des cas de folie à double forme au point de vue de la durée des deux périodes des accès, on peut cependant, d'après ce qui précède, essayer de grouper les faits en deux grandes catégories :

1° La première comprendra ceux dans lesquels les périodes sont irrégulières ; ce sont généralement les accès à longue échéance, ceux qui durent moins d'un an ou plus d'une année. Quant à ceux qui durent juste un an, ils rentrent dans la catégorie suivante; nous verrons tout à l'heure pour quel motif. La période la plus longue dans ces cas d'irrégularité est, comme nous l'avons dit plus haut, la période de dépression.

2° Dans la seconde classe, trouvent place tous les faits dans lesquels les périodes sont régulières. Ce sont, par exemple, ceux dont l'une et l'autre phases ont une durée d'un jour (périodes diurnes), d'une semaine (périodes hebdomadaires), de quinze jours (périodes bi-hebdomadaires), d'un mois (périodes mensuelles), etc. Enfin, il existe un certain nombre de cas où, les accès étant annuels, les périodes ont chacune une durée régulière de six mois. Alors, on voit la période de dépression coïncider avec les saisons d'automne et d'hiver, et celle d'excitation avec le printemps et l'été, ou *vice versa.*

Les faits rentrant dans la première de ces deux catégories sont nombreux et on en trouve plus d'un exemple parmi les observations contenues dans cette monographie. Quant aux cas de la seconde classe, nous en avons cité déjà plus d'un où les périodes ont une durée soit d'une semaine, soit d'une quinzaine de jours, soit d'un mois. Les trois faits qui suivent sont à accès plus courts encore : dans les deux premiers, les périodes durent chacune un jour ; dans le troisième, le cycle des deux phases est complet en six jours. Nous citerons enfin quelques exemples de folie à double forme à périodes semestrielles, dont l'une s'écoule pendant le semestre d'hiver et l'autre pendant le semestre d'été.

Observation XLII [1]

Sommaire. – *Folie à double forme à type circulaire. — Alternative de manie et de mélancolie tous les deux jours. — Avarice exagérée pendant la phase dépressive. — Terminaison par la démence coïncidant avec l'âge critique.*

« Mme D... fut affectée, à la suite de profonds chagrins et de revers de fortune, d'une mélancolie maniaque, dont elle fut traitée chez elle par MM. les Drs Hallé et Pinel. Ces célèbres professeurs, qui avaient jugé, dès la première consultation, qu'il était nécessaire que cette dame fût placée dans une maison de santé, voyant que la maladie résistait aux moyens les plus sagement combinés, décidèrent enfin la famille à mettre la malade dans un établissement consacré au traitement de l'aliénation mentale. C'est alors, le 4 mai 1803, qu'elle fut conduite dans ma maison, où elle présenta tous les symptômes d'un délire maniaque. Les secours thérapeutiques lui furent

[1] Dubuisson. *Traité des vésanies,* Paris, 1816, p. 196.

de nouveau administrés : alors la manie diminua d'intensité, et dégénéra en une mélancolie compliquée d'accès maniaques qui, pendant six années, sont revenus tous les deux jours assez régulièrement. Ainsi Mme D... offrait un jour les symptômes d'un délire mélancolique caractérisé par l'avarice la plus sordide et la méfiance la plus grande, étant d'ailleurs assez douce, tranquille et taciturne ; mais le lendemain, ce délire partiel changeait de nature, et devenait général ; alors la malade s'agitait, se tourmentait; elle criait, elle s'emportait, elle était querelleuse, et se rendait insupportable par ses fatigantes importunités, et par sa loquacité bruyante et continuelle ; c'est ce qui obligeait souvent de l'éloigner de la société, et de la tenir recluse pendant les jours d'agitation maniaque.

« Depuis trois ans, que l'âge de retour a amené la cessation des règles, les accès maniaques se sont calmés, et la malade est dans un état habituel de démence tranquille. »

Le fait suivant est emprunté à l'ouvrage de Morel[1] ; nous citerons textuellement le paragraphe qui le contient.

Observation XLIII.

Folie circulaire à périodes diurnes.

« Un aliéné est plongé un jour dans un état de dépression mélancolique extrême qui va jusqu'à la stupeur; le malade ne peut répondre à aucune question ; il est en proie à une terreur indicible. Le lendemain il crie, il vocifère, il est dangereux en ses actes. La transition à ces deux états si différents est brusque, instantanée, il n'y a pas d'intervalles lucides entre eux... Une femme de l'asile de Saint-Yon nous offre depuis trois ans ce phénomène d'alternance, sans que l'emploi des

[1] *Traité des maladies mentales*, Paris, 1859, p. 175.

moyens les plus rationnels, et même les plus empiriques, auxquels j'ai eu recours, ait eu pour résultat de modifier en quoi que ce soit une situation maladive dont les phases alternantes (dépression allant jusqu'à la torpeur, excitation furieuse) se succèdent avec une régularité désespérante. »

Observation XLIV [1].

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. — Imbécillité. — Accès réguliers de tristesse et de gaieté pendant un grand nombre d'années. — Durée des périodes : trois jours, sans intermittence aucune. — Inefficacité du sulfate de quinine et du haschisch. — Plus tard, irrégularité des accès. — Mort.*

« A. W... fut placé en 1836 dans mon établissement de la rue Neuve-Sainte-Geneviève, pour des actes qui avaient donné lieu à de nombreuses plaintes. Il courait après les passants, entrait dans les maisons, adressait la parole au premier venu, voulait embrasser tout le monde, hommes et femmes, n'avait aucune retenue dans sa conduite. Il chantait à tue-tête, criait, gesticulait ; aussi ne tardait-il pas à déterminer des attroupements. Cet ensemble de faits ne s'était manifesté que peu à peu. A... qui appartenait à une bonne famille, alors très aisée, avait été élevé dans un collège ; il avait pu apprendre à lire et à écrire, mais la faiblesse originelle de son intelligence, la bizarrerie de ses manières, sa crédulité en avaient fait le bouffon de ses camarades. Aussi, à sa sortie de pension, fut-il impossible d'en tirer aucun parti. A deux reprises différentes, on le fit entrer en maison de santé ; mais ce ne fut qu'à l'âge d'environ trente ans qu'il y fut maintenu définitivement.

« Sa mère et sa sœur étaient des personnes fort intelligentes ; son père, mort depuis longtemps, avait été d'un caractère excentrique. Lorsque nous examinâmes A..., nous lui trouvâmes tous les traits d'un imbécile : la face était large,

[1] Brierre de Boismont, in *Annales médico-psychol.*, 1854, p. 144.

proéminente, sans expression; la bouche ouverte, le rire fréquent et niais, la physionomie sans jeu ; le front droit, court, étroit; la tête pointue, petite. A..., d'un tempérament lymphatico-sanguin, bien constitué, de taille moyenne, jouissait d'une excellente santé. Les appétits vénériens étaient très développés et demandaient beaucoup de surveillance, car il n'eût reculé devant aucun rapprochement. Lorsque nous l'interrogions, il répondait aux questions qu'on lui adressait brièvement, et en répétant deux fois la réponse; ses idées étaient bornées, n'embrassant que le côté matériel; la mémoire était assez bonne; son attention très faible; son jugement nul, sa crédulité extrême. Il avait des sentiments affectifs assez développés pour ses parents, quoiqu'il fût surtout sensible aux petits cadeaux qu'ils lui apportaient. Dans l'établissement, il s'occupait activement à différents travaux manuels, à scier le bois, nettoyer les souliers, porter l'eau. Les fonctions s'exécutaient bien.

« Tel était l'état général de A..., lorsque nous prîmes la direction de l'établissement; mais ce qui nous parut remarquable dans son état mental, ce fut la forme intermittente régulière sous laquelle se présentaient les symptômes. Tous les trois jours, une métamorphose curieuse s'opérait dans sa personne. Gai, tapageur, interpellant chacun par son nom, sans cesse en mouvement, faisant retentir la maison de ses cris, d'autant plus bruyants qu'il était plus près de retomber dans sa forme triste, il continuait encore de marcher, mais sa démarche était incertaine, vacillante; il se rendait à son poste habituel, disant qu'il venait l'essayer. Ses yeux, agités de mouvements très rapides, erraient sans se fixer d'un objet à un autre. Il saisissait ce qui lui tombait sous la main, le laissait, s'éloignait, revenait le reprendre. Le cercle de locomotion se rétrécissait de plus en plus; en l'observant, il y avait lieu de croire qu'il se débattait contre le mal, mais celui-ci l'emportait toujours. Le pauvre A..., dont les chants avaient fini par faire place à un mutisme complet, allait se placer immobile près du réfectoire, dans la cour, sur trois pavés, constamment les mêmes, et gardait cette attitude de statue, depuis le matin

jusqu'au soir, pendant le temps de la crise qui durait trois jours, et à laquelle succédaient trois jours de gaieté.

« La lutte intérieure était annoncée par les changements de la figure : habituellement colorée, pleine, animée, elle prenait une teinte jaunâtre, s'amaigrissait, vieillissait de dix ans, devenait triste, immobile ; la bouche pendante lui donnait un air de stupidité particulier ; les yeux étaient mornes. L'affaiblissement général était très prononcé dans les jambes, qui avaient quelque peine à ne pas fléchir. Il était assez difficile de lui faire quitter son lieu d'élection pour prendre ses repas, et le mettre à l'abri des intempéries des saisons.

« Pendant près de dix ans que ce malade fut confié à mes soins, la régularité des accès varia peu, à l'exception des deux dernières années. Nous avons pris une fois note de ces accès pendant six mois : leur forme, leur durée, leur époque ont été semblables ; le malade a été vu par un nombre considérable de personnes, qui le connaissaient sous le nom de l'*homme aux trois pavés*, parce que, dans sa station, il ne dépassait pas ce but.

« Tant que durait la crise, on ne pouvait en tirer aucune parole, il détournait la tête, donnait les signes d'un véritable malaise, si l'on s'obstinait à lui parler ; et lorsque, vaincu par l'importunité, il murmurait quelques mots, ils étaient prononcés à voix basse, d'une manière entrecoupée, et comme si un obstacle en gênait l'émission. Quand il était à la fin de sa période de souffrance, on voyait les traits s'animer, la figure se colorer, et il disait que le poids de plomb qui le clouait au sol diminuait à chaque instant. Son retour à l'excitation était marqué par les mêmes symptômes ; il s'écriait : « *Je suis guéri, je suis dans une gaieté !* », se mettait à chanter, à sauter, à bondir et à faire les ouvrages les plus pénibles.

« En présence de cette régularité dans les symptômes, nous eûmes la pensée de lui faire prendre le sulfate de quinine, quelques heures avant la période de dépression. L'administration de ce remède ne présenta aucune difficulté ; car A..., naturellement glouton, avalait tout ce qu'il croyait pouvoir être bu ou mangé : disposition qui n'est pas générale, car

on rencontre à chaque instant des malades qui, sous l'influence de fausses sensations, ou persuadés qu'on empoisonne leurs aliments ou leurs boissons, refusent de se soumettre à l'usage des médicaments : aussi est-on dans la nécessité de choisir de préférence les substances sans goût, qu'on mêle avec leur manger. A... prit pendant plusieurs jours de suite et à diverses reprises, de cinq à dix centigrammes de sulfate de quinine. Les seuls changements que nous observâmes furent un retard dans les accès, une période d'excitation un peu plus longue, des modifications dans l'époque de l'apparition de la période d'abattement, mais néanmoins la même forme, seulement variable en intensité et en durée.

« M. le docteur Moreau (de Tours) venait de publier sur le haschisch un ouvrage qui avait fait sensation ; l'action exhilarante de cette préparation nous parut devoir modifier la crise de tristesse. A son début, nous administrâmes à M. A... trente grammes de haschisch qui nous avaient été donnés par M. Moreau lui-même. Deux ou trois heures après l'ingestion de la substance, la figure prit une teinte jaune verdâtre, comme chez une mélancolique qui avait été également soumise à son usage. A... commença à s'agiter, il fut obligé d'abandonner son poste ordinaire, il ne pouvait se tenir sur ses jambes : il lui semblait que tout tournait autour de lui. Il lui fut presque impossible de manger ; son état d'abattement, qui durait trois jours pleins, cessa au bout de deux jours et demi et même dès le commencement du second jour sa figure s'était épanouie.

« Lorsque le malade fut revenu à lui, il nous déclara que pendant l'action du médicament, il avait eu des vertiges, ne pouvant tenir sur ses jambes, avait mal à l'estomac et souffrait de la tête.

« Quelques jours après, au plus fort de sa gaieté, nous fîmes prendre quarante-cinq grammes de haschisch. A peine un quart d'heure s'était-il écoulé, que sa physiononomie changea brusquement, et tomba avec une rapidité extrême dans la tristesse habituelle ; la coloration devint jaune verdâtre, comme dans le cas précédent ; les traits fortement contractés,

révélaient une forte souffrance intérieure. Craignant pour sa santé, et frappé surtout d'une altération du visage que nous n'avions pas observée dans la première expérience, nous nous empressâmes de lui faire prendre une tasse de fort café qui dissipa le malaise, sans lui rendre la gaieté. L'accès de tristesse se prolongea cette fois quatre jours.

« Le résultat de ces médications ayant été nul ou peu satisfaisant, nous y renonçâmes, et comme nous avions affaire à une intermittence ancienne, liée à une forme d'aliénation mentale incurable, nous abandonnâmes le malade aux effets de la nature. Dans les deux dernières années de son séjour à la maison, la forme intermittente périodique perdit de sa régularité; les accès offraient beaucoup de variété dans le retour, la durée. Transféré dans un établissement public par suite de l'infidélité d'un gérant, il y est mort quelques mois après. »

Le fait d'aliénés, mélancoliques en hiver et maniaques en été, est d'observation relativement ancienne. En effet dans un ouvrage publié en Allemagne dans la seconde moitié du siècle dernier, en 1764, et qui traite de l'histoire des maladies périodiques, le Dr Casimir Médicus, après avoir, dans un chapitre spécial consacré à la folie périodique, cité plusieurs exemples de manie et de mélancolie intermittentes, donne à la fin l'observation suivante :

« On peut rapporter à ces affections, dit-il[1], celle que rapporte Bierling (*Collection de Breslaw,* 1717, p. 297) : il vit un gentilhomme grison attaqué de mélancolie en hiver, mais maniaque terrible en été. Ainsi une affection succédait alternativement à l'autre. »

Ce point n'avait pas échappé à la sagacité clinique de Pinel. Dans notre chapitre consacré à l'historique, nous

[1] *Traité des maladies périodiques sans fièvre, ou histoire de ces maladies*, etc.; par Frédéric-Casimir Medicus, méd. de la garnison de Manheim, traduit de l'allemand par M. Lefebvre de Villebrune, in-12, Paris, 1790, p. 45.

avons rapporté de cet illustre aliéniste l'observation d'un malade qui passait six mois de l'année à s'agiter, à courir sans cesse, à former des projets vains et chimériques, et les six autres mois dans une stupeur profonde, un sombre désespoir et une impulsion des plus fortes pour le suicide. Toutefois, pour ce fait, nous ignorons à quelle période de l'année se développait l'excitation et à quelle autre le malade tombait dans la dépression.

Nous avons cité plus haut l'histoire (Obs. XX), due à M. Baillarger, d'un malade qui, comme celui dont parle le Dr C. Medicus, présentait des alternatives de dépression pendant l'hiver et d'excitation pendant l'été.

Mais le phénomène inverse peut aussi se produire ; ainsi, certains malades peuvent tomber dans la dépression quand arrive l'été et commencer à s'exciter au début de l'hiver. Esquirol cite deux faits de ce genre ; le premier a déjà trouvé place au chapitre II (Obs. V), voici le second.

Observation XLV[1].

Sommaire. — *Accès de folie à double forme au premier degré pendant plusieurs années.— Excitation pendant l'hiver, dépression en été. — A plusieurs reprises, accès de folie à double forme au second degré avec délire monomaniaque varié. — Congestions cérébrales. Kystes de l'ovaire gauche. — Mort.*

Mme de R..., d'une constitution forte, quoique rachitique, d'un tempéramment sanguin, d'une imagination ardente, éprouva les revers de la Révolution et beaucoup de chagrins domestiques. Restée veuve, avec les débris d'une grande fortune, elle s'enferme dans une terre pour vivre plus économi-

[1] *Des maladies mentales*. Edition belge, t. I, p, 342.

quement et surveiller l'éducation de ses enfants. Vers l'âge de cinquante ans, après la cessation de la menstruation, Mme de R... passe l'hiver très active, occupée de ses intérêts, aimant la société, recherchant le monde et faisant beaucoup d'exercice. Au printemps et pendant l'été, Mme de R... est calme, plus sédentaire, paresseuse, vivant seule, négligeant les soins de sa fortune et ne se décidant à rien. Dans ces deux états, qui se sont renouvelés alternativement pendant plusieurs années, Mme de R... remplissait ses devoirs d'excellente mère, ne manquait à aucune des convenances sociales ; il fallait vivre dans son intimité pour s'apercevoir de la différence de sa manière d'être pendant l'hiver et pendant l'été. A l'âge de 55 ans, Mme de R... s'afflige profondément du départ de son fils pour Gand. Bientôt elle se persuade que les plus grands malheurs vont fondre sur Paris, qu'elle en sera accablée plus que tous les autres ; elle s'agite, va racontant partout ses craintes, perd le sommeil ; enfin une congestion cérébrale a lieu ; trente sangsues sont appliquées aux jambes, l'embonpoint de Mme de R... n'ayant point permis de la saigner. Les piqûres de sangsues provoquent un érysipèle à chaque jambe ; cet accident fait croire à la malade qu'on s'est servi de sangsues empoisonnées, que son existence est gravement compromise, et qu'elle en mourra. A cette crainte succède un accès de manie ; Mme de R... guérit promptement et part pour la campagne.

1817, nouvel accès qui persiste pendant un an. Pendant trois ans Mme de R... paraissait guérie sans retour, lorsque, au mois de septembre 1820, pendant une fête qu'elle donnait à ses amis et aux habitants de sa terre, le feu est mis aux gerbes qui appartenaient à une ferme voisine du château. Aussitôt Mme de R... se croit environnée de flammes, entourée d'ennemis et de soldats. Dès le lendemain elle est conduite à Paris, et pendant la route qui est de cent lieues elle voit des soldats qui se battent et des flammes qui dévorent les récoltes et les habitations ; elle est dans un délire affreux, elle ne cesse de pousser des cris de terreur. Confiée de nouveau à mes soins, après quelques jours de repos, des bains avec des affusions d'eau froide, des boissons laxatives rétablissent le calme, mais

le délire persiste. Mme de R... parle sans cesse, même pendant la nuit ; elle s'entretient avec des princes, des rois qui sont ses ancêtres ; les plus grands monarques lui rendent des visites ; les morts les plus illustres lui apparaissent, elle cause avec eux tantôt avec emportement, leur faisant des reproches ; tantôt avec tranquillité, leur donnant des conseils et leur annonçant de grands événements, etc. Mme de R... se pose en souveraine, porte la tête haute, proclame sa puissance, sa force, ordonne avec fierté ; cent fois par jour, quelque froid qu'il fasse, elle ouvre une croisée de son appartement et jette aux vents des accusations ou des justifications, paraissant entendre des personnes qui lui parlent ; dans les moments d'exaspération la face est colorée, le teint plus jaune ; l'insomnie et la constipation sont opiniâtres. L'hiver se passe dans cet état d'excitation ; néanmoins Mme de R... distingue les choses et les personnes, cause d'une manière suivie sur tout autre objet que celui de sa grandeur, de ses ancêtres, et des dangers que ses ennemis lui ont fait courir.

Au printemps, Mme de R... est plus paisible ; tout en conservant son délire vaniteux, elle a moins d'activité, marche moins, parle peu ; elle dort mieux, elle peut s'occuper à lire des journaux et des livres de voyages. Après huit ans passés par des périodes alternatives d'excitation et de calme, Mme de R... est habituellement plus paisible, et parle souvent à voix basse, quelquefois avec emportement ; elle articule des plaintes ou rit convulsivement, elle est toujours excitée par des hallucinations de l'ouïe. Malgré l'incohérence des idées et des paroles, devenue habituelle, Mme de R... conserve la connaissance des objets extérieurs, et est affectueuse pour ceux qui l'entourent. A l'âge de 68 ans elle avait pris beaucoup d'embonpoint ; elle eut une congestion cérébrale qui se dissipa subitement dès que les sangsues furent appliquées au cou. Pendant la durée de cette attaque, qui persista une heure, Mme de R... voyait autour d'elle tous les objets noirs, même les personnes qui lui parlaient et dont elle reconnaissait la voix. Depuis cette époque, l'abdomen se développa peu à peu, il était tendu et rénittent, sans fluctuation. A l'âge de soixante-douze

ans, l'abdomen très volumineux gêna la respiration et la marche. Mme de R... avait souvent de la somnolence pendant le jour; elle se plaignait de soif; elle eut des alternatives de constipation et de dévoiement. A soixante-treize ans, la dyspnée faisant craindre pour sa vie, on pratiqua la ponction, mais il ne sortit de l'abdomen qu'une substance gélatineuse de couleur citrine; on ne put obtenir que quelques onces de cette substance. Six semaines après, Mme de R... succomba.

Après avoir étudié la marche de l'accès de folie à double forme, décrit les différents modes de transition d'une période à l'autre, indiqué les divers degrés sous lesquels peuvent se présenter ces différentes périodes, marqué enfin la durée de celles-ci, il nous reste à faire connaître l'évolution elle-même de la maladie. C'est à cette étude que sera consacré le paragraphe suivant.

2° *Évolution de la maladie.*

L'étude de l'évolution d'une maladie comprend son histoire depuis son début jusqu'à sa terminaison. Nous aurons donc à nous occuper ici des différentes formes de début de la folie à double forme, de sa marche et de ses divers modes de terminaison.

1° *Début de la folie à double forme.* — La folie à double forme débute souvent après l'époque de la puberté; quelquefois, cependant, elle ne commence qu'à une époque plus avancée de la vie, à la suite de causes diverses qui seront énumérées plus loin, au chapitre consacré à l'étiologie.

Il reste bien des obscurités sur les modes de début de

la maladie ; on en admet ordinairement deux,— et de fait il existe des exemples de l'un et de l'autre.

Certains auteurs enseignent que la maladie ne prend pas d'emblée son caractère accentué de folie à double forme et qu'avant la constitution définitive de celle-ci, il se présente d'abord plusieurs accès mélancoliques ou plusieurs accès maniaques, séparés les uns des autres par des intervalles lucides. De nombreux faits semblent donner raison à cette théorie ; mais n'y a-t-il pas lieu de supposer que, dans ces cas, la seconde phase de l'accès de folie à double forme, moins intense que celle qu'on a observée, a passé inaperçue ; et que, si les malades présentent des accès mélancoliques ou maniaques, les périodes d'excitation ou de dépression consécutives, par leur contraste même avec ce que l'on a considéré comme trouble mental, sont regardées comme des intervalles lucides? Ce que nous disons là, ne peut être généralisé, car nous acceptons volontiers qu'il existe des cas où la folie à double forme ne se constitue pas d'emblée et où l'on assiste, pendant quelques années, à une véritable folie périodique, soit mélancolique, soit maniaque, première ébauche, pour ainsi dire, de la maladie définitive.

Mais le plus souvent, même lorsque la folie à double forme commence à l'époque de la puberté, elle débute d'emblée. Mais alors, est-ce par la phase mélancolique ou par la phase maniaque? Nous avons déjà discuté cette question plus haut, à propos de la marche de l'accès, et nous ne croyons devoir y revenir ici que pour rapporter l'opinion de M. Jules Falret sur ce sujet.

« Pour notre part, dit cet aliéniste, nous sommes disposé à admettre, avec plusieurs auteurs, que le début le

plus habituel se fait par la période mélancolique, plutôt que par la période maniaque, ainsi que Guislain l'a proclamé du reste pour toutes les maladies mentales en général. Ce stade mélancolique initial est-il plus intense et plus prolongé que les stades mélancoliques des cercles ultérieurs, et est-il suivi d'un intervalle lucide plus long et plus complet que tous les autres, ainsi que l'affirme Ludwig Meyer (*Arch. für Psychiatrie*, t. IV, p. 141, Berlin, 1873)? C'est ce qu'il est bien difficile d'établir scientifiquement : toujours est-il que la folie circulaire paraît débuter le plus souvent par la période mélancolique, suivie d'un intervalle lucide assez prolongé, avant l'explosion de l'état maniaque[1]. »

2° *Marche de la maladie.* — Mais la maladie est constituée ; il nous faut donc étudier les différentes manières dont s'enchaînent les accès. Avant d'aller plus loin, il nous faut revenir sur un point déjà discuté plus haut, c'est-à-dire la grande divergence qui existe entre la manière de voir de M. Baillarger et celle de Falret père.

Comme nous l'avons indiqué, le dernier de ces auteurs admet que l'affection qu'il a appelée du nom de folie circulaire est caractérisée par la succession continue d'accès de mélancolie et d'accès de manie, alternant entre eux et séparés par de courtes intermittences ; M. Baillarger, au contraire, affirme que les intermittences n'existent qu'après la révolution complète des deux périodes, la manie et la mélancolie, soudées pour ainsi dire l'une à l'autre et constituant une *seule* et *même* maladie, et qu'il est impossible de considérer comme un intervalle lucide

[1] *Loc. cit.*, p. 57.

cet état d'équilibre instable des facultés qui forme la transition d'un état à un autre.

Pour mieux faire ressortir les différences entre ces deux manières de voir, nous les présentons d'une façon schématique dans le tableau suivant :

Folie circulaire de Falret.	Folie à double forme de M. Baillarger.
Manie.	
Intermittence.	Manie. — Mélancolie (accès).
Mélancolie.	Intermittence.
Intermittence.	Manie. — Mélancolie (accès).
Manie.	Intermittence.
Intermittence.	Manie. — Mélancolie (accès).
Mélancolie, etc.	Intermittence, etc.

Nous avons montré plus haut comment devaient être interprétés les faits entrant dans la folie circulaire, telle que l'entendait Falret; nous avons en même temps donné les motifs pour lesquels nous nous rallions à la manière de voir de M. Baillarger sur la théorie de la folie à double forme. Voyons maintenant comment ce dernier auteur a conçu la marche et l'enchaînement des accès de cette affection. En étudiant avec soin les faits connus, ce savant aliéniste est arrivé à conclure qu'ils pouvaient être classés en cinq catégories, constituant cinq types différents[1] :

« *Première catégorie.* — Elle comprend les accès isolés, soit que le malade n'en ait qu'un seul, soit qu'il en ait au plus quelques-uns séparés par de longs intervalles et provoqués par de nouvelles causes.

[1] *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1853-1854, p. 402 et suiv.

« *Deuxième catégorie.* — Il s'agit d'accès, les uns très longs, les autres très courts, qui se reproduisent d'une manière intermittente, mais irrégulière. Le malade a huit, dix, douze accès à des intervalles d'un mois, de trois mois, de six mois, d'un an, de deux ans même, et aucune cause nouvelle ne peut en expliquer l'apparition.

« *Troisième catégorie.* — C'est la folie à double forme périodique ; la durée des intermittences est régulière, mais très variable suivant les cas ; dans certains faits, elle est de quinze jours, dans d'autres, de six mois, etc.

« *Quatrième catégorie.* — Elle comprend les accès qui se succèdent sans interruption, mais dont la durée est au plus de quelques mois. Ces faits pourraient rentrer dans la folie circulaire, mais ils en sont exclus par l'un des caractères principaux ; je veux parler des intermittences. Ici la transition est si brusque, si rapide, qu'aucun doute n'est possible. Les périodes et les accès se succèdent sans interruption.

« *Cinquième catégorie.* — Il s'agit d'accès de longue durée qui se succèdent sans interruption, et sans qu'il y ait d'intermittences. Le passage d'une période à l'autre et d'un accès à l'autre se fait d'une manière lente, graduelle, et l'on peut même croire, à un certain moment, que le malade est revenu à la santé. Je ne pense pas que ce retour soit complet, et, par conséquent, qu'il y ait même de courtes intermittences. »

Marcé [1] s'est appliqué à simplifier cette classification de M. Baillarger et a groupé tous les faits en deux catégories. Il donne le nom de folie à double forme aux cas où les accès à double période sont séparés par une inter-

[1] *Traité des maladies mentales*, Paris, 1862, p. 339.

mittence bien accusée, et il applique le terme de folie circulaire aux faits où les accès se succèdent sans le moindre intervalle lucide et où la maladie roule indéfiniment dans le même cercle. Dans la première de ces classes, rentrent les trois premières catégories de M. Baillarger; quant aux deux dernières, elles trouvent naturellement place dans la folie circulaire, telle que la conçoit Marcé.

Cette manière de voir a pour elle le mérite de la simplicité; toutefois, il faut reconnaître qu'en donnant un nom différent à chacun des deux groupes qu'il propose, Marcé laisse supposer qu'on a affaire à deux affections différentes, l'une qui serait la folie à double forme proprement dite et l'autre qu'on appellerait la folie circulaire.

Pour nous, conservant à la maladie, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, le nom de folie à double forme, créé par M. Baillarger, nous acceptons que cette affection peut présenter deux types différents; que les accès (manie-mélancolie) peuvent être séparés par des intervalles plus ou moins longs, ou bien qu'ils peuvent se suivre sans interruption. On a alors :

1° Folie à double forme à type périodique;

2° Folie à double forme à type continu ou circulaire.

Soit qu'on envisage la durée des intermittences dans le premier cas, ou dans le second, celle des périodes des accès, on peut faire des subdivisions nombreuses et variées, dont la création ne peut que compliquer la question. Nous ne nous y arrêterons donc pas; mais nous croyons utile de constituer deux sous-genres pour le premier type.

On sait que certains épileptiques peuvent n'avoir

qu'un accès à la fois après des intermissions plus ou moins longues, tandis qu'il en est d'autres qui, après des intervalles de durée irrégulière, présentent des séries d'accès. Il en est de même pour la folie à double forme à type périodique, telle que nous la concevons. Les malades qui en sont atteints peuvent, en certains cas, n'avoir que des accès isolés, se répétant après des périodes lucides plus ou moins prolongées; d'autres, au contraire, ont, chaque fois qu'ils retombent, deux, trois, quatre accès consécutifs, avant de revenir à l'état normal. Nous avons donc pour le type périodique les deux variétés suivantes :

1° Folie à double forme, à type périodique et à accès isolés ;

2° Folie à double forme, à type périodique et à accès combinés.

Nous croyons que tous les cas de folie à double forme que l'on peut observer, trouvent place dans l'une ou l'autre des trois espèces que nous venons d'indiquer. Certes, nous ne voulons pas prétendre qu'il n'existe certaines déviations des types que nous admettons, et qu'il ne puisse même y avoir des cas où les malades passent du type périodique au type continu ; mais nous sommes convaincu que, quelle que soit la folie à double forme observée, elle devra rentrer dans un des trois groupes précédents, dont nous allons étudier avec plus de détails les caractères différentiels.

1° *Folie à double forme, à type périodique et à accès isolés.* — La première question qui se présente, lorsqu'on étudie ce type de la folie à double forme, est celle de savoir si on a observé des malades n'ayant eu dans leur existence qu'un seul accès. L'idée que nous nous faisons

de la maladie nous fait douter qu'il puisse y avoir des cas semblables; et, de fait, nous n'en connaissons pour notre part aucun exemple. Mais ce qu'on observe parfois, — rarement, il est vrai, — ce sont des accès revenant à des périodes plus ou moins éloignées, sous l'influence de la moindre cause morale, ou bien sans qu'on puisse assigner aucune cause précise à ces rechutes. Ce sont ces faits qui nous font admettre ce type à accès isolés. Esquirol en a publié un exemple bien caractéristique, qui a été bien des fois cité et que nous allons reproduire à notre tour.

Observation XLVI [1].

Sommaire. — *Folie à double forme, à type périodique et à accès isolés. — Chaque accès est provoqué par une cause morale. — L'accès débute toujours presque subitement par la période maniaque.*

Mme de S..., d'une forte constitution, a longtemps habité dans l'Inde; mariée à vingt ans, elle accoucha à vingt et un ans; six jours après l'accouchement, le feu prit à son lit, elle s'effraya, poussa un grand cri, le lait et les lochies se supprimèrent; un quart d'heure après, manie et fureur pendant deux mois; on pratique au début de la maladie plusieurs saignées du pied, des bains frais furent administrés; elle était alors à l'île de France.

A l'âge de vingt-neuf ans, Mme de S... eut un second accès, provoqué par le chagrin que lui causa la prise de Batavia où son mari était en garnison. La manie furieuse éclata subitement, persista pendant deux mois et fut suivie comme dans l'accès précédent de mélancolie; la durée de l'accès fut de quatre mois.

Trente-cinq ans, nouvel accès, causé par l'inquiétude d'une

[1] *Des maladies mentales.* Edit. belge, t. II, p. 22.

traversée pénible et par le désespoir de l'emprisonnement du mari de madame. L'accès a été moins violent et n'a duré que trois mois, y compris la période de mélancolie.

Trente-neuf ans, novembre 1815, quatrième accès, provoqué par le déplacement du mari et par la mort d'une amie intime. L'accès éclata le 3 novembre, et la malade fut confiée à mes soins le 4 ; la manie persista pendant deux mois et fut suivie de mélancolie. La période mélancolique fut plus prolongée que dans les accès antérieurs.

Quarante ans, madame part avec son mari pour le Sénégal ; elle éprouve toutes les horreurs du naufrage de la *Méduse*, naufrage si malheureusement fameux ; elle ne perd point la raison ; l'année suivante, cinquième accès en tout semblable aux précédents. Elle arrive en France avec de la tristesse, de l'accablement et des tiraillements d'estomac ; ces symptômes ne se dissipent qu'après quelques mois.

Quarante-cinq ans, sixième accès. Tous les divers accès ont présenté le même caractère : invasion subite provoquée par quelque affection morale ; période maniaque de deux à trois mois, remplacée par la période mélancolique qui, d'abord, n'avait que deux à trois mois de durée et qui a persisté beaucoup plus longtemps dans les deux derniers accès. Pendant la période maniaque, madame prend en aversion son mari et sa fille qui sont les objets de sa plus tendre affection lorsqu'elle est en santé. Pendant la période mélancolique, il semble à la malade que sa tête est vide, elle se croit incapable de penser et d'agir ; pendant l'accès elle maigrit beaucoup, et dès que l'amaigrissement est extrême, la cessation de l'accès ne se fait pas attendre.

L'observation suivante, qui a beaucoup d'analogie avec la précédente, a été publiée récemment par M. le Dr Doutrebente, dans un travail intitulé : *Note sur la folie à double forme : accès multiples se produisant à des intervalles inégaux et souvent très longs* [1].

[1] *Annales médico-psychologiques*, nº de mars 1882, p. 193.

Observation XLVII.

Sommaire. — *Cinquante cinq ans. Père atteint de folie à double forme. — Premier accès à vingt-cinq ans. — Période maniaque initiale. — Durée de l'accès, deux mois. — Deuxième accès à vingt-neuf ans. — Durée de l'accès, deux mois. — Troisième accès à trente-cinq ans. — Quatrième accès à quarante-deux ans. — Cinquième accès à cinquante-cinq ans.*

M. D... (Louis), aujourd'hui âgé de cinquante-six ans, négociant, originaire du nord de la France et domicilié à R..., a fait cinq séjours dans une maison de santé depuis vingt-cinq ans.

D'une taille moyenne, le thorax et les membres bien conformés, M. D... jouit habituellement d'une bonne santé physique; mais si on examine la conformation extérieure du crâne, on constate une microcéphalie évidente avec aplatissement de la région frontale. L'indice céphalique, calculé suivant la méthode de Broca, donne 74 et répond à un crâne long ou dolichocéphale.

Les renseignements recueillis sur la famille de notre malade, nous ont appris que son père avait présenté les mêmes particularités morbides que nous décrirons plus loin; mais après un certain nombre d'accès, il devint impossible de distinguer les périodes de manie et de mélancolie et les intermittences. Les enfants de M. D... ne présentent rien de particulier, si ce n'est le plus jeune qui a un pied-bot.

Dès l'enfance, notre malade passait déjà pour un peu bizarre et présentait des variations d'humeur presque périodiques; il a pratiqué sur une large échelle l'école buissonnière, désertant la famille ou le collège pour vivre à l'aventure comme un vagabond, sans but avouable et sans motif précis. Quand il ne réussissait pas à s'évader, on le trouvait triste, songeur et absolument inactif. Puis brusquement, il se remettait au travail avec une ardeur fébrile, essayant pendant un mois ou deux de regagner le temps perdu; on le voyait alors, m'a dit son frère, déployer des ressources intellectuelles qu'on refusait de lui accorder en temps ordinaire. Des études faites

ainsi, à bâtons rompus, constituent à M. D... une demi-instruction assez étendue, mais superficielle en toute chose.

Premier accès. — Vers l'âge de vingt-cinq ans, D... a présenté tous les symptômes d'une manie congestive avec surexcitation des facultés intellectuelles et conceptions délirantes de nature orgueilleuse; il se lance alors dans des opérations financières et industrielles qui devaient lui rapporter de gros bénéfices; mais pendant ce temps, son fond de commerce périclite; il ne s'en occupe pas le moins du monde et cherche querelle à sa femme, qui cependant à elle seule fait encore marcher la maison de commerce. Au bout de quelques semaines, il abandonne sa famille, se rend à Paris et réussit rapidement à se faire prendre par la police en pleine période d'excitation maniaque. Placé pour la première fois dans une maison de santé, il ne tarde pas, au bout d'un mois, à présenter les signes les plus évidents d'une amélioration assez notable; à l'agitation succède le calme le plus complet et cela assez brusquement. A ce moment on espérait presque la guérison, mais le médecin traitant ne tarda pas, au bout de quelques jours, à remarquer que cette accalmie ne présageait rien de bon : D... ne parlait plus, ne manifestait aucun désir, et progressivement marchait vers un état de stupeur mélancolique pendant lequel il ne fit plus un mouvement volontaire, se laissant soigner et nourrir comme un enfant. Cette période de mélancolie aiguë dura encore un mois et disparut dans le cours du mois suivant, où M. D... revint à l'état normal.

Pendant quatre ans et neuf mois, M. D... a pu reprendre la direction de ses affaires en y apportant, m'ont dit son frère et son fils, tout le calme, le sang-froid et le discernement nécessaires pour la bonne gestion de toute entreprise commerciale; il était parfaitement guéri.

Deuxième accès. — Puis, sans cause occasionnelle apparente, son caractère change, il cherche dispute à ses parents, querelle à sa femme, néglige ses affaires tout en parlant d'en décupler le chiffre; l'agitation survient avec le besoin exagéré de locomotion et les idées ambitieuses. Placé immédiatement dans une maison de santé, D... n'eut pas le temps de dilapider

sa fortune et de déprécier son commerce, comme il l'avait fait au premier accès. Suivant le dire des parents, la maladie aurait suivi la marche décrite plus haut, chaque période ayant une durée d'un mois. Toutefois, comme M. D... était inoffensif dans l'état de mélancolie, il fut mis en liberté trente-cinq jours après la seconde séquestration.

Troisième accès. — Dix ans après le début du premier accès, alors que le malade était âgé de trente-cinq ans, il fallut de nouveau placer M. D... dans la maison de santé où il est encore aujourd'hui ; les notes médicales que nous avons trouvées sur ce troisième accès sont fort courtes et se réduisent à ces quelques mots : « Rien de particulier à signaler dans l'état mental, si ce n'est qu'il est la reproduction exacte de ce que nous avons déjà observé lors de la deuxième séquestration. »

Quatrième accès. — Il présente ceci de particulier, c'est qu'il n'a pas été observé par la famille et les médecins habituels ; le malade avait alors quarante-deux ans. Son humeur vagabonde paraissait atténuée par le progrès de l'âge et inspirait moins d'inquiétude à sa famille, lorsque, après quarante-huit heures de changement dans ses habitudes et une légère irritation, il disparut du logis pour n'y revenir qu'au bout de six mois. C'est pendant la guerre que D... fit cette fugue ; la famille, qui se trouvait dans la portion de la France envahie par l'ennemi, ne put faire que des tentatives infructueuses pour savoir ce qu'il était devenu ; elle est persuadée que, pendant son absence, D... a été placé dans un asile d'aliénés du midi de la France d'où il a réussi à sortir soit par évasion, soit par suite de guérison. Le malade, interrogé à cet égard, n'a jamais fourni d'explications catégoriques ; il est vrai de dire, que D... n'avoue pas facilement ses nombreux séjours dans une maison de santé et que, même dans les périodes d'intermission, il évite de parler d'accidents névropathiques dont alors il a conscience. Pendant la période d'excitation, il crie à la séquestration arbitraire et fait plaintes sur plaintes au procureur de la République ; quand il rentre chez lui il oublie tout pour se remettre au travail et vivre tranquillement en bon père de famille.

Cinquième accès. — Nous avons observé, l'année dernière, le cinquième accès, survenu après neuf ans d'intermission ; l'agitation a duré trois mois et s'est continuée pendant quelques jours avec des alternatives de calme et d'agitation, comme on l'observe parfois chez les fous raisonnants, qui se prétendent persécutés par leur famille et qui protestent contre leur séquestration : « C'est dans le but de me dépouiller et de dilapider ma fortune que ma femme m'a fait séquestrer ».

Les parents trouvaient que l'accès durait d'une façon insolite et craignaient que, à l'exemple de son père, M. D... ne finit par rester malade sans période d'intermittence ; ils attendaient avec impatience le retour de la période de mélancolie pour faire sortir le malade ; habitués qu'ils sont à compter les jours, ils manifestent souvent par lettres l'étonnement que leur cause la prolongation du séjour. Enfin, après cent dix jours de séquestration, D... devenant calme, puis profondément mélancolique, la famille réclama sa sortie. Quatre mois après, notre malade avait repris ses occupations antérieures et jouissait au physique et au moral d'une santé parfaite.

Nous terminerons ce paragraphe par l'observation d'une malade, aujourd'hui âgée de soixante ans, et qui, depuis l'âge de vingt ans, a eu quatre accès de folie : le premier a été de la mélancolie simple et a duré quelques mois ; les trois autres ont été de la folie à double forme, d'une durée variant de six à huit mois et dont le premier a éclaté lorsque la malade avait quarante ans.

Observation XLVIII (personnelle).

Sommaire. — *Folie à double forme à type périodique. — Accès de mélancolie à l'âge de vingt ans. — Premier accès de folie à double forme à l'âge de quarante ans. — Deuxième accès en 1874. — Troisième accès en 1882. — Durée des accès variant de six à huit mois. — L'accès débute toujours par la période maniaque.*

Mme Joséphine, née le 16 juin 1824, mariée, mais séparée

à l'amiable de son mari, entre à la Maison nationale de Charenton le 24 janvier 1882. Santé physique excellente ; aurait eu quelques attaques de rhumatisme articulaire. Ménopause.

Les seuls renseignements que nous ayons pu obtenir, au point de vue des antécédents héréditaires, c'est que son père est mort subitement et que sa mère est morte assez jeune.

A l'âge de vingt ans, M[me] Joséphine a eu un accès de mélancolie qui a duré quelques mois.

A l'âge de quarante ans, à la suite de vives contrariétés, elle a été prise, après quelques jours de tristesse, d'une excitation maniaque légère suivie, après quelques mois, de tristesse et d'abattement. Cet état exigea le placement de la malade à l'asile de Beauséjour à Caen ; elle est sortie guérie.

Nouvel accès de folie à double forme en 1874, présentant les mêmes caractères que le précédent, et nouveau placement dans le même établissement d'aliénés.

Le début du troisième accès remonte aux premiers jours de l'année 1882. M[me] Joséphine a eu d'abord quelques jours de tristesse, puis elle devient gaie, et perd le sommeil. Lorsqu'elle entre dans notre service elle est en pleine période d'agitation.

M[me] Joséphine paraît être d'un tempérament sanguin, elle a un goître d'un volume assez considérable. Elle est en proie à une agitation très vive et continue ; elle est sans cesse en mouvement, ne peut rester en place un moment. Elle parle avec une grande volubilité, il est impossible de fixer son attention et d'obtenir d'elle une réponse aux questions qu'on lui fait. Elle se livre à un monologue continuel et incohérent, entremêlé de mots et de phrases latines ; elle chante quelquefois et souvent se met en colère. La malade se nourrit régulièrement, mais boit peu ou pas du tout. Pendant les nuits sans sommeil, elle poursuit son bavardage. La tenue est débraillée, les cheveux sont en désordre ; appétit excellent, mange même gloutonnement. Traitement : bains prolongés, potions opiacées. — Cet état d'excitation dura jusqu'à la fin du mois de mars ; mais dès les derniers jours de février, l'agitation commença déjà à se calmer, la volubilité était moins

grande, et dans la première quinzaine de mars, la tenue était meilleure; toutefois, la malade continuait encore à ne pouvoir rester en place, à parler seule.

C'est à partir du 27 mars, un peu plus de deux mois après le début de la période d'excitation, que la malade tombe dans la dépression. Elle est triste, ne parle plus, est incapable de rien faire, souffre d'une fatigue de tout le corps, d'un malaise général. L'état dans lequel elle se trouve lui est pénible, elle préfère, dit-elle, être dans la période d'agitation; le temps lui paraît long, elle se sent inutile, à charge à tout le monde; elle se sent sans volonté, ses idées ne viennent pas et lui paraissent embrouillées. Elle avoue cependant qu'elle repose mieux la nuit; mais elle mange beaucoup moins que pendant la phase précédente. Se plaint fréquemment de maux de tête. — Dans le courant du mois de mai, Mme Joséphine, qui jusqu'alors ne s'était guère occupée qu'à faire de la charpie, se livre à quelques travaux de couture. Elle nous raconte ses accès antérieurs et nous dit que son état de tristesse durerait encore un mois. Comme elle exprime le plus vif désir de retourner dans sa famille et que sa fille consent à la reprendre, nous ne nous opposons pas à sa sortie, qui a lieu le 29 mai 1882.

2° *Folie à double forme périodique à accès combinés.* — Les malades qui ont plusieurs accès, soit deux, trois, quatre accès de suite, suivis d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé, ne sont pas rares. On a pu en voir quelques exemples dans le cours de ce travail; nous citerons encore le suivant.

Observation XLIX[1].

M... (Emile), âgé de treize ans, a été atteint de folie à double forme sous la double influence d'une fièvre typhoïde et de la

[1] Observation de Rousseau, in *Influence des événements de* 1870-1871, etc.; par M. Lunier. (*Ann. méd.-psych.*, 1879, t. IX, p. 432.)

frayeur qu'il éprouva en voyant les Prussiens envahir la maison qu'il habitait, maltraiter ses parents et mettre tout chez lui au pillage. On le vit d'abord manifester une tristesse profonde, il éprouvait des terreurs continuelles et était obsédé par des êtres imaginaires, puis il se déprima rapidement et finit par refuser toute nourriture. Au bout d'un certain temps, il sort *tout d'un coup* de cet état de torpeur, il est en proie à un délire général, il devient incohérent, mobile, et sous l'influence de troubles sensoriaux de l'ouïe et de la vue, commet toute espèce d'extravagances. Il fut alors transféré à l'asile de Dôle, le 6 septembre 1871. Quelques jours après son admission, il retombe dans la prostration lypémaniaque qui, cette fois, est de courte durée, et qui, au bout d'une quinzaine de jours, est remplacée par l'excitation. Le traitement produisit les meilleurs résultats ; il est sorti par guérison, le 29 novembre 1871.

3° *Folie à double forme à type continu ou circulaire.*— Ce type semble être le plus fréquent ; et de fait, la majorité des cas que nous avons, ou observés nous-même, ou rapportés dans ce traité, entrent dans cette catégorie.

Rappelons que la folie circulaire peut être à périodes et par conséquent à accès courts, ou bien à périodes et conséquemment à accès de longue durée, et que la transition entre les deux périodes peut être brusque ou lente. Toutes ces circonstances ont servi à établir des distinctions et à créer des variétés de folie circulaire ; de là les folies circulaires à courtes ou à longues périodes, celles à transition brusque ou lente, etc.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire ces diverses variétés ; et nous terminerons ce que nous avions à dire sur la marche de la folie à double forme par une observation empruntée au professeur Krafft-Ebing. Il s'agit d'une femme dont la maladie présente le type

circulaire, mais qui a eu une fois, entre deux accès, un intervalle lucide de deux mois et une autre fois, huit jours de lucidité dans le cours d'une période maniaque.

Observation L[1].

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. — Période de dépression avec idées de persécution et hallucinations de l'ouïe. — Périodes d'excitation avec exaltation générale, érotisme. — Un intervalle lucide de deux mois entre deux accès. — Huit jours de lucidité dans le cours d'une phase maniaque. — Plusieurs accès de mélancolie longtemps avant la constitution de la folie circulaire.*

Femme Schmid, cinquante-quatre ans, admise à l'asile le 31 mars 1875. Le père était ivrogne et mourut d'une attaque d'apoplexie. La malade a manifesté de bonne heure un caractère silencieux, misanthrope, taciturne, irritable. Menstruée à l'âge de seize ans, les règles furent toujours douloureuses. A vingt et un ans, à la suite d'une émotion morale pendant les règles, celles-ci s'arrêtèrent et il y eut une mélancolie aiguë. A vingt-trois ans, après la mort de sa mère, un accès semblable. La malade se maria à l'âge de trente-deux ans, fit bon ménage mais n'eut pas d'enfant. Elle aurait eu plus tard un nouvel accès de mélancolie à la suite d'une légère cause morale.

En 1872, à l'époque de la ménopause et à la suite de chagrins de famille, profonde mélancolie qui se serait dissipée après quelques mois. Depuis lors cependant, la malade est souvent de mauvaise humeur et paraît changée dans sa manière d'être. Au commencement de 1875, son mari devient aliéné et dut être amené à l'asile. A la suite de ce douloureux événement, au commencement de mars, profonde mélancolie. Dans le courant de sa maladie, elle entend des voix lui annoncer la mort de son mari ; elle prend alors la résolution de le suivre et de mourir de faim.

[1] Krafft-Ebing, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Stuttgart, 1879, t. III, Obs. CV, p. 134.

Trouvée dans un état voisin de l'inanition, elle est amenée à l'asile d'aliénés. Là, grâce à des soins attentifs, la santé physique de la malade se rétablit. La mélancolie présente les caractères d'une mélancolie passive, avec sentiment de contention douloureuse, anesthésie psychique, anxiété précordiale et voix qui l'accusent d'infidélité à Dieu, à la religion, à son mari. Le 9 mai 1875, la mélancolie se dissipe brusquement. De ce jour jusqu'au 15 mai, la malade est lucide, puis survient une exaltation maniaque qui dure jusqu'au 31 octobre et qui se transforme subitement de nouveau en mélancolie. Celle-ci dure jusqu'au 23 janvier 1876; du 23 janvier au 30 juin, la malade est de nouveau maniaque, puis jusqu'au 21 août mélancolique, jusqu'au 11 octobre maniaque, du 11 au 17 octobre lucide, jusqu'au 18 janvier 1877 maniaque, jusqu'à la fin de mai mélancolique, jusqu'au 30 juin maniaque, jusqu'au 1er octobre mélancolique; jusqu'au 2 février 1878 maniaque, jusqu'au 17 mars mélancolique, jusqu'au 20 mai lucide, jusqu'au 1er août maniaque, jusqu'au commencement d'octobre mélancolique, jusqu'au commencement de décembre maniaque, jusqu'au 5 février 1879 mélancolique, jusqu'au 18 mai maniaque, jusqu'au 19 août mélancolique, jusqu'au 24 octobre maniaque. A partir de ce jour jusqu'au moment où s'arrête cette observation, la malade se trouve de nouveau dans la phase mélancolique de son affection. Les accès se reproduisant toujours d'une manière strictement typique, la description d'un seul suffira.

Les accès commencent brusquement et cessent de même, en sorte que les phases isolées se distinguent assez nettement les unes des autres. Vers la fin d'une phase se présentent souvent cependant des éléments épisodiques de la phase opposée. Le poids normal (65 à 67 kilogrammes) tombe durant la phase mélancolique parfois à 55 kilogrammes, se relève vers la fin de celle-ci à environ 59 kilogrammes et monte rapidement, pendant la période maniaque, à 64 kilogrammes, pour se maintenir à ce chiffre avec de légères oscillations.

La phase mélancolique débute chaque fois par de l'insomnie, de la céphalalgie, des plaintes sur la confusion des idées, une

sensation de pression dans les orbites, des troubles gastriques (manque d'appétit, langue chargée), qui persistent même pendant tout le cours de la phase. Les traits de la malade sont altérés ; elle paraît vieillie et profondément troublée, ne mange et ne parle que lorsqu'on l'y force, se cache craintive dans les coins, se plaint de terribles angoisses au creux de l'estomac, dit que tout lui est indifférent, qu'elle ne peut plus se réjouir de rien. Au summum de l'accès, se manifestent des conceptions délirantes et des hallucinations ayant le caractère de la persécution, mais qui toutefois ne sont pas produites par un sentiment d'humilité, car elles portent en elles un caractère primordial. La malade entend des voix qui l'accusent d'être infidèle à son mari, à Dieu, à la religion, qui flétrissent la mémoire de son mari. A ces voix s'ajoutent des visions d'animaux, de cadavres humains, de parents qui lui apparaissent au ciel dans une bière. Ces hallucinations se dissipent-elles, elle a la sensation que les images qui en sont l'objet tombent d'en haut. Ajoutez à cela des conceptions délirantes : « On lui a volé son argent ; on lui a tué son beau-frère. Quand les morts ressusciteront, on saura tout. Beaucoup de malheurs sont arrivés, tout est mort. » En même temps, elle se plaint de persécutions sexuelles : elle dit qu'on l'a violée, que les domestiques font de monstrueuses orgies pendant la nuit ; enfin, elle prend en horreur les médecins, parce que, dit-elle, elle ne veut pas être le jouet des voluptés impures de ces messieurs.

Elle cherche contre ces persécutions une consolation dans la prière, se tient souvent dans l'attitude d'une personne qui prête serment, nie ouvertement les accusations des voix, déclare qu'elle n'est pas une mauvaise femme et ne se laissera pas ravir Dieu. A l'égard de l'entourage elle est dédaigneuse, irritée jusqu'à la violence ; elle ne veut rien écouter et dit qu'elle porte le châtiment des fautes des autres. Le pouls, pendant la période mélancolique, est toujours petit, rapide, l'artère contractée, les extrémités fraîches, les sécrétions diminuées.

Dans la phase maniaque, la malade est d'une gaîté exaltée, remuante, pleine d'esprit et de bouffonnerie. Elle dit réguliè-

rement que « l'école de tristesse » est de nouveau passée, elle se trouve aussi fraîche et aussi enjouée qu'une jeune fille de quinze ans, elle se sent au point de vue intellectuel et moral aussi bien que l'oiseau dans les airs. Et en réalité la malade paraît plus fraîche et plus jeune. Dans les moments d'excitation, elle saute et danse, elle chante souvent et fait des vers. Dans cette même phase maniaque, il se développe une irritation sexuelle, qui est un des symptômes de la maladie. La malade est vraiment en excitation érotique, elle est coquette, s'habille d'une manière fantastique et prétend volontiers que les médecins lui font la cour ; parfois elle prêche dans un pathos comique sur ce texte : « Ne convoite pas la femme de ton voisin ».

Modes de terminaison. — Toutes les formes de folie peuvent présenter quatre modes de terminaison :

a). La guérison ;

b). La chronicité et plus tard la démence ;

c). La transformation en une autre forme de maladie mentale ;

d). La mort.

Examinons ces différents modes de terminaison dans la folie à double forme, en suivant l'ordre que nous venons d'indiquer.

a). La folie à double forme étant une affection très héréditaire et pour ainsi dire constitutionnelle, rarement, très rarement même, elle se termine par la guérison. Comme dans toutes les folies périodiques, les accès isolés guérissent ; malheureusement, la moindre cause morale, un peu vive, reproduit la maladie. On cite néanmoins des cas de guérison complète après un seul ou même deux accès ; mais ces faits sont tellement exceptionnels qu'on a le droit de se demander si les observa-

teurs qui les citent n'ont pas complètement perdu de vue leurs malades; il nous semble, en effet, que s'ils ont guéri l'accès ou même les accès, d'autres ont dû se reproduire ultérieurement. Quant au type circulaire proprement dit, une fois bien établi, il peut subir quelques modifications dans sa marche, mais il ne guérit pas.

b). La folie à double forme est donc essentiellement une maladie chronique, ordinairement incurable; mais aboutit-elle fatalement à la démence? De l'observation des faits il résulte que celle-ci ne survient toujours que très tard, si elle survient. Le nombre est grand, en effet, des malades atteints de folie à double forme, qui, malgré de nombreux accès, malgré les perturbations dans le domaine cérébral qu'on croirait devoir en être la conséquence, conservent encore, sinon toute l'intégrité de leurs facultés, du moins une certaine vigueur intellectuelle. On voit ainsi des malades, arrivant à un âge très avancé, ayant traversé leur triste existence dans des alternatives continuelles d'excitation et de dépression, et qui néanmoins, lorsque leur affection subit quelques moments d'arrêt, montrent encore une intelligence souvent forte et saine, une mémoire sûre et des aptitudes à un travail régulier.

On a d'ailleurs l'occasion de constater, pendant les périodes d'excitation, combien est encore grande chez ces malades la vivacité de l'intelligence. M. Ach. Foville[1] en rapporte un exemple très remarquable : « Un vieillard, âgé de soixante-dix-huit ans, affecté de folie à double forme, a été placé pour la première fois dans un asile en 1816, et depuis cette époque il a passé une grande partie de

[1] Art. *Folie* du *Nouveau Dictionnaire de médecine,* t. XV, p. 242.

sa vie dans divers établissements de ce genre. Aujourd'hui encore, dans ses périodes d'excitation, il montre une fécondité d'imagination, une verve délirante et surtout une mémoire d'une fidélité extraordinaire, s'appliquant aussi bien aux dates, aux lieux, aux choses et aux personnes. Après cinquante-cinq ans de folie, il ne manifeste pas le moindre signe de démence. »

La folie à double forme est donc une des rares affections mentales qui ne se terminent par la démence qu'après de bien longues années, et encore cette démence est-elle bien loin d'être complète.

c). Un troisième mode de terminaison des maladies mentales est leur transformation en une autre forme de folie. Pour ce qui concerne la folie à double forme, sa terminaison par la mélancolie ou la manie simple s'observe quelquefois. Elle est due souvent, surtout lorsque les accès sont à longues périodes, à l'intensité des symptômes de l'un des deux stades qui, par sa durée et sa force, finit par prédominer. On a vu des cas de guérison après cette transformation ; aussi a-t-on essayé de la provoquer artificiellement. C'est ainsi que M. Baillarger est arrivé à supprimer la période d'excitation chez une malade, à l'aide de saignées répétées : la maladie se réduisit alors à des accès intermittents de mélancolie profonde survenant à intervalles à peu près réguliers, mais resta malgré tout incurable.

d). La terminaison par la mort est rare dans la folie à double forme. M. Ach. Foville fait observer avec raison que, « à part les chances heureusement assez rares de suicide causé par le délire mélancolique, et celles d'accidents sérieux, suites d'imprudences, les conditions de longévité de l'aliéné à double forme ne sont pas sensi-

blement modifiées par le fait de sa maladie mentale[1] ». Nous ajouterons néanmoins que la mort peut, en certains cas, survenir pendant la phase maniaque, lorsque les malades sont atteints de quelqu'un de ces accidents cérébraux dont nous avons parlé dans le chapitre précédent, soit de congestions cérébrales, soit d'attaques épileptiformes, etc. C'est là le fait de l'aliéné de l'Observation XXXIV. (Voir p. 169.)

RÉSUMÉ.

Ce chapitre comprend deux parties : l'étude de l'évolution de l'accès de folie à double forme, et celle de l'évolution de la maladie elle-même.

1° *Évolution de l'accès.* — L'accès peut débuter soit par la phase maniaque, soit par la phase mélancolique. Le début par cette dernière paraît toutefois être le plus fréquent.

La transition d'une période à l'autre peut s'effectuer de plusieurs manières différentes. Tantôt elle est brusque et se produit alors ordinairement pendant le sommeil; cela s'observe surtout lorsque les accès et par conséquent les phases sont courts. Un autre mode de transition, plus fréquent que le précédent, est celui qui se produit très lentement et par degrés insensibles ; on l'observe généralement dans les cas où les périodes se prolongent cinq, six mois et même davantage. Un troisième mode de transition est celui qui a été décrit par M. Jules

[1] Art. *Folie à double forme* du *Nouveau Dict. de méd.*, t. XV, p. 330.

Falret sous le nom de transition par oscillations successives; dans ce cas, on constate, à plusieurs reprises, des alternatives rapprochées de manie et de mélancolie, avant que le malade ne passe définitivement d'une période dans l'autre. Enfin, il est certains auteurs qui ont admis, entre les deux périodes, un intervalle lucide; si celui-ci est d'une durée très longue, on ne peut plus considérer la maladie comme une folie à double forme, mais plutôt comme une folie périodique à formes alternes.

On a admis deux degrés de la folie à double forme : dans le premier, la phase de dépression ne dépasserait pas, au point de vue symptomatique, le simple état mélancolique, et la phase d'excitation la simple exaltation mentale; dans le second degré, au contraire, on observerait, pour la première période, la mélancolie avec délire allant parfois jusqu'à la stupeur, et pour la seconde, la manie aiguë avec conceptions délirantes, etc. Mais ces deux degrés ne comportent pas tous les faits; il existe encore deux autres combinaisons aussi fréquentes que les précédentes. Ainsi à une simple exaltation mentale peut succéder une mélancolie anxieuse qui va même jusqu'à la stupeur la plus profonde; de même qu'à une manie aiguë peut succéder un simple état mélancolique sans aucun délire.

La durée des deux périodes de l'accès n'est pas toujours la même; il existe à ce point de vue des variations très grandes qui permettent difficilement d'établir des catégories bien tranchées. Toutefois, en ne tenant compte que de la généralité des faits, on peut admettre deux grandes classes : 1° dans l'une, se placeraient les observations dans lesquelles les périodes sont irrégulières; ce

sont généralement les accès à longue échéance, c'est-à-dire ceux qui durent moins d'un an, ou bien ceux qui ont dix-huit mois et même davantage de durée. La période la plus longue est, dans ces cas, la période de dépression; 2° la seconde classe comprendrait tous les faits dans lesquels les périodes sont régulières, ce sont les accès de courte durée, où l'une et l'autre phases ont ou un jour (périodes diurnes), ou une semaine (périodes hebdomadaires), etc. Cette classe comprend encore les accès annuels, où chaque période a une durée de six mois.

2° *Évolution de la maladie.* — Cette étude comprend l'histoire de la maladie depuis son début jusqu'à sa terminaison.

La folie à double forme peut débuter d'emblée; dans certains cas, avant de se constituer, elle est précédée de plusieurs accès mélancoliques ou maniaques, séparés par des intervalles lucides.

Une fois la maladie constituée, les accès s'enchaînent de deux manières différentes : ainsi les accès peuvent être séparés l'un de l'autre par des intervalles lucides plus ou moins longs, et l'on a alors la folie à double forme à type périodique; ou bien, ils peuvent se succéder sans interruption, ce qui constitue la folie à double forme à type continu ou circulaire. Le premier de ces types présente deux variétés. En effet, les accès, dans leur périodicité, peuvent se présenter d'une manière isolée, ce qui donne la folie à double forme à type périodique et à accès isolés; ou bien les accès peuvent être au nombre de deux, trois, quatre, etc., consécutifs, chaque fois que le malade retombe, et alors on a la folie à double forme à type périodique et à accès combinés.

Quant aux modes de terminaison, on en admet quatre. La terminaison par la guérison est rare et ne se voit même jamais dans le type circulaire. Celle par la démence n'est pas fréquente; les malades, malgré leur âge et la durée déjà longue de leur affection, conservant généralement l'intégrité de leurs facultés intellectuelles. Un troisième mode de terminaison est sa transformation en une autre forme de folie, en manie ou en mélancolie simple, par exemple; on en a observé quelques faits intéressants. Enfin, la terminaison par la mort n'a lieu pour ainsi dire que par suite d'accidents; par le suicide dans la phase mélancolique et, dans la phase maniaque, par des congestions cérébrales, des attaques épileptiformes, etc.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC.

Lorsqu'on est mis en présence d'un malade atteint de folie à double forme, qu'il soit dans la phase de dépression ou dans la phase d'excitation, est-il possible de poser un diagnostic précis? Existe-t-il des symptômes, pour ainsi dire pathognomoniques, qui permettent, à l'exclusion de toute autre affection mentale, de conclure à l'existence de la folie à double forme? La question ainsi posée, nous allons essayer d'y répondre aussi exactement que le permet l'état actuel de la science.

Le malade peut se présenter à notre examen soit dans la phase mélancolique, soit dans la phase maniaque. Commençons par la première. Nous avons vu plus haut que cette période se manifeste avec des caractères bien différents, que tantôt elle ne consiste qu'en une simple mélancolie sans délire, tantôt en un véritable délire mélancolique avec idées anxieuses, que parfois enfin elle peut atteindre le degré le plus profond de la stupeur. Il est de fait que ces deux dernières formes se rencontrent dans bien d'autres affections mentales et qu'elles ne pré-

sentent rien de pathognomonique ; il reste donc la dépression mélancolique sans délire intellectuel défini. Cet état s'observe plus rarement en dehors de la folie à double forme et si l'on a affaire à lui, il y a de fortes présomptions que le malade qu'on examine est atteint de cette dernière affection.

Passons à un aliéné, qui se trouve dans la période d'excitation. Celle-ci, comme l'on sait, se présente sous les formes les plus diverses de l'excitation, depuis la simple exaltation des fonctions intellectuelles et morales jusqu'à la manie aiguë proprement dite. Les degrés les plus élevés de cette période, tels que la manie aiguë, le délire des grandeurs, etc., peuvent aisément être confondus avec d'autres formes d'aliénation mentale et difficilement distingués de celles-ci ; mais la simple exaltation maniaque avec lucidité relative et prédominance du désordre dans les actes, permet de poser avec quelque vraisemblance, assez voisine de la certitude, le diagnostic : folie à double forme.

M. Jules Falret trouve un excellent élément de diagnostic dans ce fait que les malades remplissent leurs poches de tous les objets qui leur tombent sous la main, papiers, chiffons, morceaux de bois, etc. Ce symptôme serait tellement constant « qu'il suffirait presque de fouiller les malades pour arriver, sans aucun renseignement antérieur, au diagnostic de leur affection [1] ».

« Ce qu'il importe désormais de rechercher, dit M. Baillarger[2], ce sont des éléments cliniques qui permettraient, lorsqu'il s'agit d'un premier accès, d'en re-

[1] *La folie circulaire, ou folie à formes alternes*, in *Arch. gén. de méd.*, nº de décembre 1878, p. 651.

[2] *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1853-1854, p. 352.

connaître la nature dès la première période. Peut-être alors serait-il possible de prévenir dans quelques cas le développement de la seconde phase de la maladie. »

Par ce que nous avons dit précédemment, on peut voir que le désir exprimé par M. Baillarger n'est encore que bien incomplètement satisfait et qu'on est loin de posséder des éléments cliniques d'une entière certitude; aussi la succession des périodes et des accès peut-elle seule le plus souvent révéler la nature de la maladie et en faire ressortir la gravité.

Mais la difficulté du diagnostic n'existe pas seulement lorsqu'il s'agit de déterminer si tel accès maniaque ou tel accès de mélancolie constituent des périodes de la folie à double forme. En effet que, faute de renseignements anamnestiques dans le cas de maladie ancienne, ou bien que, faute de symptômes pathognomoniques dans le cas d'un premier accès, le médecin se trompe dans son diagnostic et ne voie qu'une manie ou qu'une mélancolie ordinaire, cela ne peut en rien influer sur le traitement de l'affection. Mais où cette difficulté du diagnostic peut présenter des conséquences fâcheuses, c'est lorsque, à la fin de cette période d'excitation ou de dépression, prise par le médecin pour une manie ou une mélancolie, le malade arrive à cette sorte d'équilibre mental décrit dans le chapitre précédent, où il ne donne plus de signes de délire et paraît entrer en convalescence. Dans de telles circonstances, si l'on ignore la marche de la maladie en cas d'affection ancienne, ou bien s'il s'agit d'un premier accès, on pourra croire à une guérison et prononcer la sortie du malade.

On comprend que de telles erreurs ont dû être commises fréquement. M. Baillarger avoue sincèrement s'être

ainsi trompé deux fois. « J'ai commis deux fois cette erreur, dit-il[1]. A peine les malades, qui me paraissaient convalescentes, étaient-elles sorties de l'hospice, qu'on observait chez elles des symptômes d'excitation. Bientôt on les ramenait, en proie à l'agitation maniaque la plus vive.

» C'était la seconde période de l'accès que je n'avais pas su prévoir.

» Des erreurs semblables ont souvent eu lieu. Dans un cas même, on a laissé sortir d'un grand asile une jeune fille qu'on croyait guérie d'un accès de mélancolie, et cependant elle présentait déjà des signes évidents d'excitation. C'était le début de la période maniaque. La malade, en effet, se livra bientôt aux actes les plus fâcheux, et on la ramena furieuse dans l'asile qu'elle n'aurait pas dû quitter. »

Au nombre des faits de folie à double forme publiés par le professeur Krafft-Ebing, se trouve l'histoire d'un malade qui fut atteint d'un délire mélancolique attribué à l'onanisme. Au bout de cinq mois de traitement, il fut reconnu guéri et rendu à la liberté; quelques jours après sa sortie, se manifestèrent les premiers symptômes de la manie et on fut bientôt obligé de réintégrer le malade dans l'asile, d'où il n'aurait pas dû sortir.

Observation LI[2].

Sommaire. — *Folie à double forme. — Après un premier accès de mélancolie, le malade est considéré comme guéri. — Trois jours après sa mise en liberté, excitation maniaque.*

Rokos, vingt ans, étudiant, est conduit dans un asile d'aliénés le 23 février 1878. Père ataxique, deux frères sont extraor-

[1] *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1853-1854, p. 347.

[2] Krafft-Ebing, *loc. cit.*, t. III, Obs. 104, p. 132.

dinairement névropathiques. L'un deux serait atteint d'instinct sexuel interverti *(contrâre Sexualempfindung)*. Rokos n'a jamais été bien malade, quoiqu'il soit d'une grande irritabilité nerveuse. Ainsi il dut abandonner l'étude de la médecine, ne pouvant s'habituer à la vue des cadavres. Il se livra de bonne heure à la masturbation et, depuis de longues années, il se faisait remarquer dans la société par ses allures gauches, indécises. En automne, se manifestent des symptômes de ce qu'on appelle irritation spinale (lassitude, prompte fatigue, sentiment de pesanteur et de tiraillement dans les extrémités, alourdissement de l'activité psychique, palpitations, etc.). Il devient hypochondriaque, s'imagine que ses palpitations sont la conséquence d'une maladie du cœur, consulte un médecin qui confirme ce diagnostic. Il devient misanthrope, parce qu'il croit remarquer que tout le monde connaît son vice secret. Au commencement de février 1878, après s'être quelques jours auparavant déclaré las, mal portant, l'esprit malade, il devient anxieux, excité, joue avec des airs de théâtre le désespéré qui serait sur les limites de la folie, ne dort plus, se retourne sans cesse dans son lit, se plaint de ne plus pouvoir penser, se croit intellectuellement et physiquement ruiné par l'onanisme. Il demande qu'on examine ses parties génitales qui sont déjà flétries, qui auraient déjà changé de couleur. Violentes anxiétés, il sent comme si on lui serrait le cœur, de temps à autre des sensations olfactives désagréables.

Le malade, à son entrée, paraît au plus haut degré d'une mélancolie passive ; il est timide, douloureusement troublé, anxieux, mobile, ne parlant pas, avec suspension de l'activité psychique. C'est par des paroles décousues qu'il révèle son désespoir sur cet état d'oppression et ses remords sur ses habitudes d'onanisme. Comme réaction de ces états de désespérance, il a de nombreuses démangeaisons sur tout le corps. Au point de vue somatique, le malade, qui est d'ailleurs bien constitué, est épuisé, anémique, les yeux sont cerclés, la démarche tremblante, il fléchit au moindre pas. La physionomie est anxieuse, troublée, les pupilles sont dilatées et réagissent lentement à la lumière, la figure est légèrement con-

gestionnée, bouffie, le pouls petit à **130-160**. Battements épigastriques, même les petites artères, l'artère maxillaire par exemple, présentent des pulsations visibles. Les bruits du cœur sont nets, pas d'augmentation de la matité précordiale, léger degré d'exophthalmie, pas de trouble des fonctions végétatives, pas de spermatorrhée, pas de troubles sensibles ou moteurs, rien à l'ophthalmoscope. (Traitement : repos au lit, vessies de glace sur la région du cœur, digitale, diète lactée.)

Le malade reste très affaissé, très tourmenté par l'anxiété précordiale, profondément troublé. On n'entend que des mots décousus : « O ma pauvre mère, ô ma tête, c'est à devenir fou ! » Le malade ne finit aucune phrase, il perd à chaque instant le fil de ses idées. Ni la digitale, ni la quinine à hautes doses, ne modifient la fréquence du pouls. Ce n'est qu'à la suite de bains prolongés (jusqu'à trois heures) que le pouls descend à **100** pulsations et que le malade dort. A la moindre émotion, à chaque soupir, à chaque mouvement du corps, le pouls remonte aussitôt. Au point de vue végétatif, le malade est tout à fait dans la normale, l'alimentation est suffisante. Après le bain, le soir, le malade est toujours un peu plus libre. Il gémit alors sur sa constante anxiété précordiale, sur son affaissement, il ne sait pas s'il est encore vivant, s'il peut lire ou écrire, il se sent devenir idiot, craint de devenir fou. Le reste de la journée, inquiétude, angoisse et affaissement. Mais en même temps il se livre avec fureur à l'onanisme, qui ne peut être réprimé que par une surveillance constante de nuit et de jour. L'affaissement de l'esprit va parfois jusqu'à une légère stupeur et même au mutisme. Dans les moments libres, le malade supplie qu'on lui donne du poison, qu'on le fusille, sa tête est complètement idiote, il ne peut plus penser, il s'est lui-même détruit le cerveau par son vice, il n'est pas supportable. De temps à autre, il se plaint aussi de mauvaises odeurs, de maux de tête, de surdité, de douleurs déchirantes dans les membres.

En mai, le malade, sous l'influence de l'augmentation de l'embonpoint et de la diminution de la fréquence du pouls

qui descend à 100, devient plus libre au point de vue psychique et moteur ; il regrette le temps perdu pour l'étude, veut maintenant se recueillir, renoncer à son vice, tout lui revient comme à travers un rêve. Après plusieurs rechutes, qui sont chaque fois provoquées par la masturbation, la convalescence s'établit définitivement. On pose le diagnostic : mélancolie à la suite d'excès d'onanisme, et le malade est renvoyé avec tous les attributs de la santé, mais à la vérité avec un pouls de 120, le 13 juillet 1878.

Dès le 26 juillet, l'exactitude du diagnostic est mise en question, car le malade présente les symptômes d'un exaltation maniaque. Or la mélancolie s'était de fait dissipée et ne pouvait être considérée comme la phase prodromique d'un accès de manie ; en outre, la manie présentait le caractère raisonnant et ne s'élevait pas jusqu'à l'accès de manie aiguë : il ne pouvait donc être question d'autre chose que d'une folie circulaire. Le malade devient gai, bavard, mobile, part pour Vienne avec 500 florins, y fait des achats inconsidérés, des excès de tout genre. Au moment où il se proposait de poursuivre son voyage jusqu'à Paris et à Londres, il est de nouveau amené à l'asile, le 20 août 1878. Au point de vue mimique, intellectuel et somatique, il est une tout autre personne que la première fois. La physionomie est vive, gaie, le visage légèrement rouge, les yeux brillants, l'embonpoint satisfaisant, toute l'énergie vitale est augmentée. Le malade se trouve mieux que jamais, il vante son savoir, sa puissance de pensées et de mémoire, il parle avec orgueil des brillants examens qu'il a passés. Il se propose d'étudier en même temps la philosophie, la jurisprudence et la médecine ; il veut poser sa candidature au Reichstag, entrer dans la carrière diplomatique ; c'est pour lui une bagatelle de réaliser tous ces projets. Il peut, il sait tout, conçoit tout avec la rapidité de l'éclair, il est l'homme le plus noble, le fils le plus tendre, quoiqu'il se plaigne en termes grossiers que ses parents ne lui envoient pas d'argent ; il est l'ami le plus sûr. Grand sentiment de la personnalité, qui acquiert toujours une nouvelle intensité par l'énorme rapidité avec laquelle se succèdent les idées.

Humeur gaie, optimisme, bien-être maniaque. Peu de sommeil, activité sans but qui, avec une vraie fureur et un empressement maladif, se porte sur tout et ne termine rien. Vie mentale très augmentée, les idées sont décousues et leur succession rapide ; il parle, il écrit sans cesse, ne laisse parler personne et divague sans fin. La diction est surabondante, phraseuse, entrelardée de termes pompeux et à effet. Grand besoin d'alcool, de tabac, tandis que le malade n'en usait jamais lorsqu'il était bien portant.

Au milieu de cette période maniaque, on vit le 2 septembre 1878 se présenter, sans motif plausible, un profond état douloureux avec trouble marqué de la conscience, violent dégoût de la vie et tentative d'étranglement. Le lendemain matin, le malade ne comprend pas lui-même comment il a pu tomber dans cet état et il paraît de nouveau au plus haut degré de l'exaltation maniaque. Il veut partir pour l'Exposition de Paris, écrit pages sur pages de sa biographie ; il cherche querelle à tout le monde, ergote sans fin, fait de l'esprit, est ironique, chante, siffle ; il est toujours disposé à troubler l'ordre de la maison, mais est toujours prêt aussi à tout excuser et à motiver tous ses actes. Sa jovialité ne diminue pas, même lorsque, fin septembre, on est obligé de l'isoler complètement.

Au point de vue somatique, on remarque de la tendance à la congestion, une fréquence du pouls au delà de 100, le plus souvent même à 120 pulsations, pupilles contractées, physionomie animée, légèrement bouffie, et brillant état de la nutrition. Mi-décembre, diminution progressive de la manie en même temps qu'on voit descendre successivement le pouls jusqu'à 80, 90 pulsations. Le 1er janvier 1879, le malade est renvoyé chez lui dans un état de manie.

Au commencement de février, reparaît de nouveau la mélancolie, qui de loin n'atteint pas l'intensité du premier accès et se borne à une mélancolie sans délire avec légère anxiété précordiale, et qui se serait dissipée fin juin.

Au commencement de juillet, je vis par hasard le malade ; il paraissait lucide, c'est-à-dire qu'il n'était ni maniaque ni mélancolique. Fin juillet, reparaît la manie. Le malade fait de

nouveau des voyages sans but, extravague, se fatigue, gaspille argent et habits, écrit des lettres passionnées à sa famille avec menace de se brûler la cervelle si on ne lui envoie pas immédiatement de l'argent. Dans les registres des voyageurs, il s'intitule comte Kristalnig, docteur en droit et en médecine. Le 27 août 1879, il dut être conduit à l'asile de Klagenfurt, d'où il s'échappa avec la plus grande habileté le 26 octobre. D'après les renseignements tirés du registre d'observations de l'asile et qui m'ont été fournis avec bienveillance, les symptômes présentés pendant son séjour sont la reproduction typique de l'état maniaque précédemment décrit.

Néanmoins il existe certains cas où le passage d'une période à l'autre peut en quelque sorte être prévu, où l'on peut diagnostiquer, à quelques jours près, le moment où la transformation va s'accomplir. Quelquefois les symptômes qui permettent d'établir ce jugement sont purement physiques, comme l'a observé Marcé. « J'ai vu des digestions difficiles, dit-il[1], de l'embarras gastrique, de la diarrhée, signaler quelquefois le passage d'une période à l'autre. » — M. Baillarger nous a rapporté qu'il a eu plusieurs fois l'occasion d'observer de l'herpès labial au moment du passage de la dépression à l'excitation. — Une de nos malades présente dans les derniers jours de la période de dépression une véritable boulimie, elle mange des quantités extraordinaires de pain, vole les aliments de ses voisines, et va jusque dans le paquet aux ordures prendre les rebuts des repas. Cette boulimie est considérée par toutes les personnes de l'entourage comme le signe précurseur de l'excitation. Nous allons donner l'histoire de cette aliénée, qui est encore intéressante à d'autres titres.

[1] *Traité des maladies mentales,* Paris, 1862, p. 346.

Observation LII (personnelle).

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. — Période de dépression avec état mélancolique. — Asphyxie locale des extrémités. — Boulimie pendant les derniers jours de cette période. — Période d'excitation avec agitation maniaque et délire incohérent. — Hérédité paternelle.*

Mlle Louise, née le 18 septembre 1839, entre pour la cinquième fois à Charenton le 9 juillet 1880. — Antécédents héréditaires : père alcoolique, cousin paternel devenu aliéné à la suite d'excès alcooliques et placé dans une maison de santé.

Cette malade, d'un tempérament nerveux et d'une santé physique ordinairement bonne, a reçu une instruction et une éducation soignées; elle a toujours manifesté un caractère doux et ouvert. Idées religieuses exagérées. Saignements de nez fréquents depuis son enfance jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. Constipation habituelle. Menstruée depuis l'âge de treize ou quatorze ans, toujours régulièrement jusquà dix-huit ans; à cette époque, les règles ont complètement été supprimées à la suite d'une frayeur et sont restées plusieurs années sans reparaître. (Elles ont disparu depuis le mois de septembre 1881.)

Cette suppression de la menstruation fut suivie d'un changement très notable dans le caratère de Mlle Louise ; en outre, elle éprouva du dégoût pour les aliments, se plaignit d'un sentiment de pesanteur au creux épigastrique après ses repas, enfin refusa obstinément de manger pendant une quinzaine de jours, d'où un amaigrissement considérable. Quelque temps après, elle fut prise de boulimie et même de pica ; elle mangeait avec voracité tout ce qu'elle trouvait, jusqu'à des pommes de terres crues, des épluchures, etc. ; elle entrait dans une violente colère lorsqu'on cherchait à l'en empêcher.

A la mort de son père, qui eut lieu vers cette époque, elle devint triste, recherchant la solitude, et exprima le désir d'entrer dans un couvent.

En 1866, — la malade avait alors vingt-sept ans, — elle eut un violent accès d'agitation maniaque qui nécessita son placement dans une maison de santé spéciale: elle criait, chantait, se livrait aux actes les plus désordonnés; dans les moments de paroxysme, elle se déchirait la poitrine avec les ongles et menaçait de s'étrangler. Cet état dura près de trois mois; puis le calme se rétablit et la malade devint triste, ne parlant plus, ne répondant que par monosyllabes. Enfin l'état normal se rétablit; mais pendant plusieurs années, M[lle] Louise eut des boulimies périodiques qui duraient une huitaine de jours. Dans la suite encore, elle fut atteinte de temps à autre de moments de surexcitation, mais elle restait souvent quatre, cinq et même six mois, sans rien présenter de particulier.

Depuis 1874, la maladie a pris une marche bien déterminée; des accès alternatifs d'excitation et de dépression se succèdent régulièrement et la malade n'a plus guère quitté la maison de Charenton que pour passer quelques jours dans sa famille et toujours pendant la période de dépression. Nous allons décrire les deux phases de la maladie qui, sauf quelques légères variations dans le degré d'intensité, se ressemblent toujours.

Période de dépression. — La période de dépression ne se produit pas brusquement, mais se prépare en quelque sorte par une atténuation progressive de la phase d'excitation. La malade, après une agitation violente, passe quelques jours pendant lesquels elle rit et cause toute seule; puis elle se calme, sa figure prend la marque de la tristesse, elle répond à peine aux questions qu'on lui fait et s'occupe silencieusement à quelque travail d'aiguille: toute la journée elle reste volontiers assise, mais ne refuse cependant pas d'aller se promener quand on l'y engage. La tenue est bonne. Dans les premiers jours de la période, elle se plaint d'une fatigue, d'une lassitude générale. Elle dort bien, mais mange peu. Cet état dure une dizaine de jours, puis la malade est prise de *boulimie*, elle dévore plusieurs kilogrammes de pain dans une journée, va fureter dans les armoires et même dans les seaux pour y prendre des restes d'aliments, et mange ce que les autres ma-

lades ont laissé sur leurs assiettes. Cela dure huit à dix jours; enfin, un matin, la malade se réveille excitée, bavarde, etc. La période d'agitation commence.

Un fait intéressant à noter durant la phase que nous venons de décrire, c'est l'état de la circulation. Voici le relevé du pouls, pris pendant la dernière période observée :

2 mai.	P. 60	11 mai.	P. 48
3 —	P. 60	12 —	P. 58
4 —	P. 60	13 —	P. 46
5 —	P. 52	16 —	P. 50
6 —	P. 56	17 —	P. 54
8 —	P. 52	19 —	P. 56
9 —	P. 52	20 —	P. 60
10 —	P. 52	Commence à s'agiter.	

Le maximum est, comme on voit, de 60 pulsations et le minimum de 46. En outre, le pouls est petit, filiforme, quelquefois à peine sensible. — Les bruits du cœur sont nets, mais faibles et séparés les uns des autres par des intervalles assez longs; pas de bruit pathologique.

A ces modifications de l'appareil circulatoire correspondent, dans les extrémités, des troubles asphyxiques, allant depuis la cyanose jusqu'à la syncope locale. Le plus souvent, les mains et les pieds ont une teinte livide ; d'autres fois, tous les doigts des mains et même ceux des pieds deviennent complètement exsangues et se décolorent. Mais le plus souvent ces deux phénomènes (teinte cyanique et syncope locale) peuvent s'observer en même temps et sur la même extrémité ; c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent. Ainsi, tous les doigts d'une main sont violacés, sauf un ou deux qui sont complètement décolorés ; cette décoloration peut n'envahir que la troisième phalange, ou les deux dernières, parfois le doigt entier. — Les mains et les pieds sont constamment froids ; la température des mains, prise au thermomètre, nous a donné un jour 22° pour la main droite, et pour la main gauche, 21° 6' ; la température axillaire était de 36°. — Lorsque la syncope des doigts est complète, lorsque, suivant l'expression

de la malade, ses doigts sont *morts*, elle y ressent des sensations de piqûre et de cuisson qui augmentent avec la réaction. La sensibilité au toucher et la sensibilité à la douleur y sont alors complètement abolies.

Période d'agitation. — La période d'excitation, annoncée par la boulimie, débute brusquement, du soir au matin ; quelquefois cependant on a pu observer, deux jours avant l'explosion de cette période, un peu de surexcitation, des rires, la tenue mauvaise. Mais dès que l'excitation a commencé, elle monte immédiatement à son summum ; l'agitation devient si violente que la malade, de crainte de commettre des actes désordonnés, demande elle-même qu'on lui mette la camisole. Eclats de rire, chants, discours incohérents, parfois impulsions violentes ; insomnie, mange peu, gâte souvent. La langue est blanche, saburrale, la figure et les mains sont rouges, la peau est chaude.

Cet état violent dure dix à douze jours ; puis le calme se rétablit peu à peu et la malade n'a plus que des rires et des monologues ; enfin, au bout de quelques jours, elle retombe dans la dépression.

Le pouls est assez fréquent, surtout comparé à ce qu'il est pendant la phase précédente ; voici le relevé pris pendant les derniers jours de la période d'excitation consécutive à la période de dépression qui nous a fourni le tableau donné plus haut.

27 mai. P. 68.

28, 29 mai. Impossible de prendre le pouls à cause de l'agitation de la malade.

30 mai. P. 76.

31 mai. P. 72.

1er juin. P. 76.

2 juin. P. 64. L'excitation commence à se calmer.

3 juin. P. 64. La malade rit et parle encore seule.

Pendant cette période, nous n'avons jamais observé les troubles circulatoires des extrémités qui existent toujours pendant la période de dépression.

Pour donner une idée de la marche de la maladie, voici le

tableau des phases qui se sont succédé depuis le 1er janvier 1882.

Période d'excitation, commencée le 29 décembre 1881, terminée le 10 janvier 1882.
Période de dépression, du 16 janvier au 2 février.
— d'excitation, du 3 février au 21 février.
— de dépression, du 22 février au 14 mars.
— d'excitation, du 15 mars au 28 mars.
— de dépression, du 29 mars au 20 avril.
— d'excitation, du 21 avril au 1er mai.
— de dépression, du 2 mai au 20 mai.
— d'excitation, du 21 mai au 4 juin.

Ainsi qu'on peut le voir par ce tableau, la période de dépression est toujours d'une durée plus longue de quelques jours que celle d'excitation, ce qui, d'ailleurs, est la règle ordinaire, ainsi qu'on l'a vu plus haut.

Souvent aussi ce sont les malades eux-mêmes qui renseignent le médecin et l'avertissent que leur affection va changer de phase. Ainsi notre malade de l'Observation III est prise d'insomnie quand approche le moment où de la période dépressive elle va entrer dans la période d'excitation; elle nous supplie alors de lui donner des médicaments pour la faire dormir, espérant par ce moyen échapper à cette agitation qu'elle semble vivement appréhender.— Une autre malade, celle de l'Observation XI, lorsqu'elle arrive au déclin de la période d'excitation, est prise de crainte; elle ne veut pas retomber dans la tristesse, elle lutte de toutes les forces de la volonté, elle supplie qu'on l'aide à vaincre le mal; mais, au bout de quelques jours, celui-ci l'emporte et la malade, vaincue, reste dans la stupeur pendant plusieurs mois.

Une dernière question sur laquelle il faut appeler ici l'attention, est celle du diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale. Déjà plus haut, nous avons parlé des analogies qui existent, dans certains cas, entre la période d'excitation de la folie à double forme et la forme expansive du début de la paralysie générale; dans l'une et l'autre, on peut observer mêmes idées de grandeur, mêmes projets ambitieux, même activité fébrile. Il peut arriver aussi que, durant la phase d'excitation de la première de ces affections, on observe des accidents congestifs, des attaques épileptiformes, de l'embarras de la parole, etc. On comprend sans peine combien le problème peut devenir difficile à résoudre, et combien il importe, dans ces cas, de bien étudier et le délire même des malades et les symptômes physiques. Et cependant, malgré une étude approfondie du malade et des symptômes qu'il présente, on peut encore être facilement induit en erreur; c'est ce qui arriva à Parchappe et à M. Baillarger pour le fait suivant.

Observation LIII [1].

Sommaire. — *Manie avec prédominance du délire ambitieux constituant la période d'excitation d'une folie à double forme. — Hésitation légère de la parole. — Inégalité des pupilles.*

M. Jacob, d'un caractère vif et enjoué, se trouvait au milieu des circonstances les plus heureuses de famille et de fortune, lorsqu'il a été pris tout à coup, dans le mois de juillet 1852, de symptômes de mélancolie. « Il s'opéra alors, chez lui, une

[1] Baillarger, Appendice au *Traité des maladies mentales* de Griesinger, trad. franç. de Doumic, Obs. XIV, p. 668.

véritable révolution; il devint triste, rêveur, son appétit diminua, etc. »

Bientôt, découragement, dégoût des affaires, inactivité, et, enfin, menaces de suicide.

Le 3 novembre, M. Jacob revient chez lui après un voyage de deux mois; tout le monde est frappé de sa pâleur et de son amaigrissement. L'état de prostration se prolonge jusque dans le courant du mois de juin 1853. Alors, transformation des symptômes de mélancolie en ceux d'une excitation modérée, mais qui, bientôt, devait franchir ces limites et revêtir le caractère maniaque. M. Jacob devient aussi gai, aussi actif, qu'il avait eté triste et engourdi; il voit tout en beau, plaisante lui-même de son ancienne tristesse et de ses chagrins passés; il parle avec volubilité et commence à entretenir sa famille de projets dont plusieurs paraissent bizarres.

Il veut, entre autres choses, bouleverser complètement ses magasins et met son dessein à exécution, malgré l'opposition de son frère.

Le 10 novembre, il achète sans nécessité une masse de boiseries, de casiers, de comptoirs, il fait présent de sa chaîne de montre à son contre-maître et lui promet d'augmenter ses appointements. L'activité est devenue extrême et la maladie qui pouvait jusque-là être méconnue, devient dès ce moment évidente. Le 13 novembre, la figure est vultueuse, les yeux animés, paroles incohérentes et dépourvues de sens.

Dès ce moment, scènes de violence et querelles pour des motifs futiles. Le malade met tout le monde dans la confidence de ses affaires; il rêve des bénéfices chimériques, etc.

Il refuse d'ailleurs de suivre aucun traitement et, loin de là, aggrave son état, dont il n'a pas la moindre conscience, par des excès de liqueurs. Les prodigalités se succèdent et les achats, depuis cette époque, dénotent tous, à un degré plus ou moins grand, l'existence d'un état de délire qui ne peut être révoqué en doute, quand on compare M. Jacob à lui-même dans les années qui ont précédé la maladie.

Dans la soirée du 5 au 6 décembre, il se promène dans Paris portant sur lui des valeurs assez fortes, et, entre autres,

35,000 francs en billets de banque. Chez un sieur N..., il jette son portefeuille sur une table en déclarant qu'il contient 100,000 francs. C'est dans ces circonstances qu'il signe et fait signer à sa femme un acte qui engage tout son avenir.

Le 8 décembre, dans la soirée, inquiète de ne pas voir rentrer son mari et après l'avoir cherché vainement dans plusieurs endroits, Mme Jacob le retrouve à minuit, chez un marchand de vin, entouré de plusieurs individus et au moment où il allait signer un acte d'acquisition pour le fonds d'un autre marchand de vin qui habitait sa maison. Elle se précipite sur l'acte et le déchire. Bientôt une scène de violence survient entre M. Jacob et sa femme. Il la frappe et la foule aux pieds. Déjà le 5, il avait fait deux acquisitions : l'une d'un fonds de tannerie et de corroierie, l'autre d'une fabrique de ressorts de voiture. La première de ces deux acquisitions a été rompue.

Le 10 décembre, M. Jacob achète la maison qu'il habite, pour une somme de 305,000 francs. C'est ce jour-là même, à quelques heures de Paris, que le désordre de ses vêtements, son agitation, le font arrêter et renfermer dans la prison de C.....; le lendemain il est conduit chez M. Brierre de Boismont.

Tels sont les antécédents du malade; voici, maintenant, le résultat de son examen :

M. Jacob n'offre plus, à proprement parler, d'incohérence dans les idées; mais il n'a aucune conscience des excès auxquels sa maladie l'a entraîné. Il essaye de tout justifier, de tout expliquer. Il parle avec une extrême animation et sa parole offre par moments un peu d'hésitation, ce qui pourrait faire craindre un commencement de paralysie générale. Il y a aussi un peu d'inégalité dans les pupilles. Le regard est animé et la face congestionnée. M. Jacob continue à voir les choses en beau, tout lui paraît facile; il n'aperçoit évidemment que le côté séduisant de ses projets et aucune objection, de celles même que suggère la plus simple prudence, ne semble se présenter à son esprit. Rien ne l'arrête dans la pente où l'entraîne l'excitation cérébrale à laquelle il est en proie depuis plusieurs mois.

Dans le rapport que M. Parchappe et moi avons été appelés à rédiger sur ce malade, dit en terminant M. Baillarger, la crainte d'un commencement de paralysie générale a dû être exprimée en nous fondant sur la nature du délire, sur l'hésitation légère de la parole et sur l'inégalité des pupilles; cette crainte ne s'est point réalisée. Quatre ans plus tard j'ai appris par un jeune médecin que M. Jacob n'offrait aucun signe de démence paralytique.

« L'attention est désormais fixée sur des faits du même ordre, ajoute M. Baillarger; on a signalé l'analogie que présente, dans certains cas, la période maniaque de la folie à double forme avec la période maniaque de la paralysie générale. Les observations de ce genre, comme la précédente, offriront donc souvent de grandes difficultés pour le diagnostic. »

Mais pour faciliter ce diagnostic différentiel, est-il possible de trouver dans l'examen immédiat du malade des signes distinctifs bien nets et très tranchés? Les signes physiques, les troubles intellectuels et moraux, quoique présentant la plus grande analogie dans les deux cas, n'offrent-ils pas à l'observateur attentif quelques différences? Examinons à ce point de vue ces trois catégories de symptômes.

Les signes physiques de la paralysie générale qu'on peut rencontrer dans la période d'excitation de la folie à double forme, sont surtout les troubles de la parole et l'inégalité pupillaire. S'ils sont continus ou persistants, ou bien même s'ils se répètent assez fréquemment, il y a tout lieu de conclure à l'existence d'une folie paralytique; si, au contraire, ils sont fugaces ou ne se reproduisent que rarement, ils peuvent être mis sur le compte d'une excitation cérébrale passagère,

telle que la période maniaque de la folie à double forme.

L'étude attentive des troubles intellectuels peut fournir un élément précieux de diagnostic. Dans la paralysie générale, on le sait, les idées délirantes sont toujours absurdes et présentent tous les caractères de la démence. Ainsi que le fait remarquer avec raison M. Jules Falret : « L'observateur attentif commence déjà à constater, chez les malades, quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans les conceptions, en un mot des traces non contestables de démence commençante, qui sont comme la marque caractéristique de la paralysie générale, même dès ces premiers débuts. » — Dans la période maniaque de la folie à double forme, grâce à la surexcitation de toutes les facultés, il y a incohérence dans les discours, les malades passent d'un sujet à un autre, sans suite, se contredisant souvent d'une minute à l'autre, les idées paraissent confuses, et cependant il n'y a là rien de comparable à l'incohérence démente du paralytique.

M. Régis [1], à qui les signes physiques et intellectuels ne paraissent pas suffisants pour distinguer la période maniaque de la paralysie générale et celle de la folie à double forme, croit trouver un élément de diagnostic plus précis et plus certain dans la nature même des sentiments manifestés dans ces deux formes distinctes de folie.

Pour cet auteur, le paralytique général serait toujours un être bon, bienveillant, plein d'aménité, etc.; tandis que l'aliéné à double forme est, au contraire, toujours

[1] *Note sur le diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale progressive*, in l'*Encéphale*, 1881, p. 684 et suiv.

un malade des plus dangereux et des plus méchants, un être pervers, malveillant, impulsif, etc. « Ainsi, les *paralytiques généraux* et les *circulaires excités,* absolument semblables au point de vue physique et intellectuel, diffèrent complètement au point de vue moral. Ils représentent deux formes nettement opposées de l'excitation cérébrale : l'une, qui ne développe que la *partie généreuse de l'être,* et qu'on retrouve à la première période de l'ivresse, dans cet état d'exaltation expansive où tout est *affection et bonheur,* c'est celle des *paralytiques généraux excités*; l'autre, qui développe la *partie mauvaise de l'être* et qu'on retrouve dans la colère, dans cet état d'exaltation méchante où tout est *haine et violence*, c'est celle des *circulaires excités.* »

Nous reconnaissons volontiers toute l'importance que peut avoir, dans certains cas, cette distinction pour arriver à un diagnostic différentiel précis entre les malades que M. Régis appelle les circulaires excités et les paralytiques généraux excités; mais elle ne nous semble pas aussi absolue que paraît le croire son auteur. En effet, tous les paralytiques généraux ne méritent pas ce brevet de bienveillance et de bonté que leur décerne M. Régis, car il en est plus d'un dont la malveillance ne le cède en rien à celle des *circulaires excités.*

Quoi qu'il en soit, cette étude du caractère, associée à celle des symptômes physiques et intellectuels, suffit, dans la plupart des cas, pour établir le diagnostic différentiel entre la période d'excitation de la folie à double forme, et la forme expansive de la paralysie générale. Mais il peut arriver aussi que tous ces éléments soient insuffisants; alors c'est la marche de la maladie qui seule peut nous éclairer. « Ce n'est que lorsqu'on sait perti-

nemment, dit avec raison M. Ach. Foville[1], qu'il y a déjà eu succession répétée de périodes maniaques et de périodes mélancoliques alternantes, que l'on peut mettre de côté toute hésitation sur l'existence de la folie à double forme. » La succession répétée est, en effet, nécessaire pour la sûreté du diagnostic; car, comme on le verra dans un des chapitres suivants, l'alternance des deux formes (manie — mélancolie) peut se présenter deux et même trois fois dans le cours de la paralysie générale.

Mais si, pendant la période d'excitation de la folie à double forme, il se manifeste parfois des symptômes de paralysie générale, au point que le diagnostic entre les deux affections est souvent très difficile, il peut arriver aussi, — rarement, il est vrai, — que de pareils symptômes se présentent pendant la période de dépression. Renaudin en cite un exemple que M. Baillarger a inséré dans son travail : *De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux*[2].

Observation LIV.

Sommaire. — *Folie à double forme. — Symptômes très graves de paralysie générale pendant la période de dépression.*

« Chez un de nos malades atteints de paralysie générale, consécutive à une monomanie ambitieuse qui a éclaté à la suite de désordres de conduite de toute nature, nous observons depuis trois ans, dit M. Renaudin, une singulière intermittence dont nous ne nous rappelons pas avoir encore vu d'exemple.

« Tantôt la paralysie générale paraît être arrivée au dernier

[1] Art. *Folie à double forme* du *Nouveau Dict. de méd.*, t. XV, p. 329.

[2] *Ann. méd.-psych.*, t. IV, 1868, p. 403.

degré ; on ne peut tenir le malade que dans son lit ou sur un fauteuil ; la démence est complète ; il ne reconnaît aucune des personnes qui l'entourent; d'embarrassée qu'elle était d'abord, la prononciation est devenue impossible. La malade laisse aller ses excréments à son insu ; il faut lui présenter ses aliments, parce que les mouvements de préhension sont devenus impossibles, et des congestions cérébrales mettent à chaque instant sa vie en danger. Il faut à chaque instant recourir, soit aux émissions sanguines, soit aux révulsifs. C'est surtout pendant l'hiver que nous observons cette situation fâcheuse ; dès que la saison devient plus favorable, cet appareil symptomatique disparaît peu à peu, et nous finissons par ne plus remarquer cette paralysie générale qui peu de jours auparavant nous donnait tant d'inquiétude. La réaction renaît et reprend une nouvelle énergie, et le dément du mois précédent redevient un monomaniaque ordinaire doué de toute la liberté de ses mouvements, travaillant avec ardeur, soit à la culture, soit dans le service intérieur, parlant avec facilité, et faisant même jaillir à travers les erreurs de son délire, les traits d'une intelligence peu ordinaire pour sa condition. Il est d'une propreté minutieuse, surveille attentivement ce que font les autres malades, et nous lui avons dû plus d'une fois des remarques très utiles. L'hiver que nous venons de traverser n'ayant pas été rigoureux, sa santé n'en a pas souffert, et si, pour un moment, il a été moins actif que d'habitude, nous n'avons cependant pas vu reparaître la démence. »

CHAPITRE VI

PRONOSTIC.

De tout temps, on a été frappé de la gravité de pronostic que présente l'alternance de la manie et de la mélancolie. Griesinger l'avait comparée à celle de l'épilepsie. Falret père, en ses *Leçons cliniques* [1], dit à ce propos : « Chose remarquable ! ces deux variétés de la manie et de la mélancolie, qui, prises isolément, sont ordinairement plus curables que les autres, présentent la plus grande gravité lorsqu'elles se trouvent réunies pour former la folie circulaire. Jusqu'ici nous n'avons vu que des rémissions plus ou moins notables dans le cours de cette affection ; jamais nous n'avons observé ni de guérison complète, ni même d'amélioration durable. »

Cette gravité du pronostic de la folie à double forme, admise par tous les observateurs, est augmentée par l'hérédité, le jeune âge du sujet, la longueur des périodes et des accès.

Néanmoins, il y a une distinction à établir entre la

[1] *Leçons cliniques de médecine mentale*, Paris, 1854, p. 250.

folie à double forme à type périodique et la folie à double forme à type circulaire. Dans la première, en effet, il peut arriver que les malades, après un accès isolé dont ils ont guéri, n'en ont un nouveau qu'après un long intervalle lucide; cependant, comme pour toutes les folies périodiques, plus ceux qui en sont atteints avancent en âge, plus les accès deviennent longs et les intermittences courtes. Quand, au contraire, le cercle morbide est bien constitué, l'incurabilité est certaine, et on ne peut guère espérer alors que des améliorations dans le degré d'intensité des accès, ou la suppression d'une des deux périodes.

Comme on le voit, le pronostic de la folie à double forme, malgré certaines restrictions pour les cas à type périodique, paraît désespérant; mais, d'après Falret père, la connaissance de cette gravité a plusieurs avantages. « D'une part, elle peut être utile aux malades eux-mêmes atteints de folie circulaire, en provoquant le zèle des praticiens et en leur inspirant la persévérance nécessaire pour varier les médications contre une affection qui peut bien n'être incurable que dans l'état actuel de la science. D'autre part, la distinction de cette forme de maladie mentale, avec le pronostic fâcheux qu'on est obligé de porter sur son issue à l'époque actuelle, empêche de la faire entrer en ligne de compte parmi d'autres états morbides de l'intelligence; or, par cette défalcation d'une forme de folie incurable, d'autres espèces de maladies mentales sont dégagées d'un mauvais élément, et leur pronostic se trouve d'autant plus favorable. » (*Bulletin de l'Académie de médecine*. 1853-1854, p. 399.)

CHAPITRE VII

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie ou étude des causes des maladies est, sans contredit, la partie de la pathologie mentale qui présente le plus de difficultés. Sans parler des obstacles que rencontre l'observateur pour obtenir des renseignements exacts et précis, il faut encore tenir compte de la difficulté qu'on a à apprécier d'une manière vraiment scientifique les documents qu'une recherche consciencieuse a pu fournir.

Toutefois, il est juste de reconnaître que ces remarques sont moins applicables à la folie à double forme qu'à toute autre espèce de maladie mentale. Les observations publiées depuis une dizaine d'années, tant en France qu'à l'étranger, constituent des matériaux importants, qui permettent de résoudre d'une façon satisfaisante la question de l'étiologie de la folie à double forme.

Avec la majorité des nosographes, nous diviserons les causes de cette maladie en deux classes distinctes : les causes prédisposantes et les causes occasionnelles.

1° *Causes prédisposantes.*

On donne ce nom aux causes qui, modifiant peu à peu l'économie, la disposent par une sorte de travail préparatoire, et plus ou moins longtemps d'avance, à l'invasion de telle ou telle maladie. Cette prédisposition peut être héréditaire ou acquise. Nous aurons donc d'abord à étudier l'hérédité comme cause prédisposante de la folie à double forme ; puis, quant aux causes prédisposantes acquises, nous aurons successivement à nous occuper des traumatismes cérébraux ou chutes sur la tête, de l'hystérie et de l'épilepsie.

A. *Hérédité.* — Tous les auteurs qui se sont occupés de la folie à double forme, ont été amenés à admettre que c'est une affection essentiellement héréditaire. Ainsi Falret, dans sa lecture sur la folie circulaire faite à l'Académie de médecine, dit déjà : « Les considérations que nous venons de présenter sur les renseignements fournis par les parents, en même temps que notre expérience directe, nous font penser que la *folie circulaire* est *très héréditaire*; toutefois, nous ne pouvons pas affirmer avec certitude qu'elle le soit davantage que d'autres espèces de maladies mentales, quoique nous inclinions à le penser[1]. »

Morel qui, comme on l'a vu plus haut (chap. Ier, p. 42 et suiv.), n'admet pas la folie à double forme en tant qu'espèce morbide distincte, considère l'alternance entre

[1] *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1853-1854, p. 397.

l'état dépressif et l'état maniaque comme un des signes distinctifs des aliénations héréditaires, de même que la périodicité, l'intermittence, etc. Aussi lorsque, passant de la pathologie générale à la pathologie spéciale, il décrit les caractères généraux des folies héréditaires, il ne manque pas d'indiquer, comme l'un des principaux, ce phénomène de l'alternance. « Les alternatives d'excitation et de dépression auxquelles les aliénés héréditaires sont plus spécialement sujets, dit-il[1], se produisent aussi bien dans la sphère des fonctions intellectuelles que dans celle des fonctions physiologiques. Tantôt on les voit commettre les plus grands excès sans que leur santé paraisse en souffrir; ils feront des veilles prolongées, boiront impunément des liqueurs fortes et se livreront d'une manière effrénée aux plaisirs de l'amour. Tantôt ils resteront comme accablés, sous le moindre effort imposé à leurs fonctions organiques; ils auront des défaillances incroyables, se livreront aux plaintes exagérées des hypochondriaques, et analyseront d'une manière maladive les motifs et les résultats de leurs souffrances; ils craindront de devenir aliénés. »

L'alternance de la manie et de la mélancolie étant donc, d'après Morel, une conséquence forcée de l'hérédité, on doit naturellement être conduit à admettre que la folie à double forme est une affection essentiellement héréditaire. C'est là une conclusion à laquelle sont arrivés tous ceux qui ont écrit sur cette maladie et à laquelle on arrive nécessairement lorsqu'on a l'occasion d'observer un certain nombre d'aliénés atteints de cette forme de folie.

[1] *Traité des maladies mentales*, Paris, 1859, p. 574.

Ainsi M. Ach. Foville, en son article du *Nouveau Dictionnaire de médecine*, dit[1] : « Le fait important qui domine l'histoire de la folie à double forme, au point de vue de l'étiologie, c'est que tous les auteurs s'accordent à dire qu'elle est très héréditaire, sans donner cependant de chiffres, ni de statistique à l'appui dè cette assertion. Nous partageons, nous-même, de la manière la plus complète, l'opinion générale, et pour nous, le fait seul de l'existence bien établie de la folie à double forme chez un malade, constitue une présomption, voisine de la certitude, que chez lui l'aliénation mentale est surtout due au développement d'un germe héréditaire ou congénital; les faits abondent dans notre mémoire à l'appui de cette opinion et les faits contraires manquent complètement. »

Parmi les auteurs plus récents qui ont écrit sur cette question, nous trouvons, en Allemagne, Ludwig Kirn, Dittmar et le professeur Krafft-Ebing. Voyons quelles sont sur cette question de l'hérédité les opinions de ces aliénistes.

Le premier, comme nous l'avons déjà dit, classe la folie à double forme au nombre des psychoses périodiques[2], qu'après Morel il considère comme le résultat de la dégénérescence psychique. Il regarde donc, avec Falret, le *psychose cyclique*, — c'est ainsi qu'il appelle la folie circulaire, — comme une forme d'aliénation éminemment héréditaire. Cet auteur a le droit, d'ailleurs, d'émettre cette conclusion. Si l'on étudie, en effet, à ce point de vue, les observations de folie à double forme contenues

[1] Art. *Folie à double forme* du *Nouveau Dictionnaire*, t. XV, p. 322.

[2] *Die periodischen Psychosen*, Stuttgart, 1878, p. 18 et 58.

dans son travail, on voit que, sur quatre malades, trois ont des antécédents héréditaires très graves, ainsi qu'on peut le voir par l'énumération suivante.

1. (Obs. VII de l'auteur). Hérédité directe du côté paternel.

2. (Obs. VIII —). Mère et un grand nombre de parents aliénés. Un fils et une nièce pareillement atteints de folie périodique.

3. (Obs. IX —). Père très irritable, mère névropathique, frère du père bizarre, deux frères aliénés.

Dittmar, dans un travail publié en 1877 [1], s'est aussi spécialement occupé de cette question de l'hérédité de la folie à double forme. Voici les conclusions sommaires auxquelles il est arrivé par l'examen des faits : sur 10 cas, il a trouvé chez les ascendants 7 fois des maladies mentales et une fois l'imbécillité.

Le professeur Krafft-Ebing, dans son récent traité des maladies mentales [2], range, comme le fait Kirn, la folie à double forme au nombre des folies périodiques, et la considère comme une folie héréditaire dégenérative (*ein hereditär degeneratives Irresein*). Les observations qu'il publie justifient complètement cette affirmation ; elles sont au nombre de huit. Voici, au point de vue de l'hérédité, les renseignements qui nous sont fournis [3].

1. (Obs. CIV de l'auteur). Père tabétique ; deux frères extraordinairement névropathiques, l'un est atteint d'instinct sexuel interverti (*conträre Sexualempfindung*).

[1] *Ueber regulatorische und über cyclische Geistesstörungen.* Bonn, 1877.
[2] *Lehrbuch der Psychiatrie*, t. II, p. 133.
[3] *Idem*, t. III, p. 132 à 149.

2. (Obs. CV de l'auteur). Père ivrogne et mort d'une attaque d'apoplexie.

3. (Obs. CVI —). Père aliéné mélancolique. Six frères et sœurs morts en bas âge de convulsions.

4. (Obs. CVII —). Père aliéné; mère atteinte, peu de temps avant la conception, d'une fièvre typhoïde grave qui l'affaiblit considérablement.

5. (Obs. CVIII —). Père ivrogne: mère faible d'esprit, extrêmement bigote et sujette à de fréquentes congestions cérébrales.

6. (Obs. CIX —). Enfant naturel.

7. (Obs. CX —). Pas d'antécédents héréditaires connus.

8 (Obs CXI —). Pas d'antécédents héréditaires bien déterminés; le père, quelque temps avant sa mort, aurait présenté des troubles psychiques, et la mère aurait souffert de fréquentes céphalalgies.

Quant aux observations qui nous sont personnelles et que contient ce mémoire, nous avons pu obtenir sur presque tous les malades qui les concernent des renseignements assez précis pour ce qui a trait aux antécédents héréditaires. Voici le résultat de nos investigations :

1. (Obs. III de ce mémoire). Père d'un caractère très bizarre, très violent et très colère. Rien du côté maternel.

2. (Obs. VII —). Tante maternelle atteinte de folie à double forme.

3. (Obs. X —). Cousin du côté maternel, atteint de mélancolie-suicide.

4. (Obs. XI de ce mémoire). Grand-père alcoolique, se serait pendu ; grand'mère maternelle très nerveuse, violente, aurait eu de véritables accès de folie. Père faible d'intelligence ; mère très nerveuse, a eu des accès de mélancolie.

5. (Obs. XVI —). Mère très excentrique.

6. (Obs. XLVIII —). Pas de renseignements précis.

7. (Obs. LII —). Père alcoolique. Cousin paternel aliéné alcoolique.

8. (Obs. LV —). Mère atteinte de folie à double forme.

9. (Obs. LXII —). Enfant naturel. Mère alcoolique à instincts dépravés.

On voit, par les tableaux précédents, que l'hérédité est extrêmement fréquente dans la folie à double forme et que les auteurs ont raison qui en font une forme d'aliénation mentale essentiellement héréditaire. En effet, sur trente et un cas pris à des sources bien différentes, il n'en est guère que six qui ne présentent aucune trace d'antécédents héréditaires ; tous les autres ont dans leur ascendance directe ou indirecte, ou bien parmi leurs collatéraux, soit des aliénés, soit des individus atteints de maladies nerveuses ou de simples états névropathiques, soit enfin des ivrognes. Mais ce qui prédomine incontestablement, c'est l'hérédité directe, c'est-à-dire celle venant du père ou de la mère, quelquefois du père et de la mère à la fois.

Mais il ne suffit pas d'avoir indiqué la fréquence de l'hérédité directe dans la folie à double forme, il faudrait encore pouvoir établir les formes d'aliénation mentale dont étaient atteints ces ascendants directs, rechercher surtout

si l'espèce morbide qui est étudiée dans le présent travail, peut se transmettre d'une génération à l'autre, si enfin il se produit des générations successives de malades à folie circulaire, comme cela se voit pour le suicide. Nos recherches, — du moins jusqu'aujourd'hui, — ne nous permettent pas de donner dès maintenant sur ces divers points des réponses satisfaisantes. Néanmoins, les quelques faits que nous connaissons démontrent que l'hérédité de cette affection peut en certains cas être similaire. En effet, la malade de notre Observation VII ayant eu une tante maternelle atteinte de folie à double forme, n'est-ce pas là un exemple d'hérédité similaire indirecte ? Mais il existe aussi des cas d'hérédité similaire directe : tel ce malade dont nous avons rapporté l'histoire d'après M. Geoffroy et dont la mère avait été atteinte de folie à double forme ; tel aussi cet aliéné, dont nous avons emprunté l'observation à M. Doutrebente et dont le père avait présenté les mêmes symptômes que son fils ; tel enfin le fait suivant :

Observation LV (personnelle).

Sommaire.— *Folie à double forme à type circulaire. — Hérédité directe similaire. — Cause occasionnelle de la maladie : attaques d'éclampsie. — Période d'excitation avec exaltation générale, parfois violences. — Période de dépression avec simple état mélancolique. — La malade n'est placée dans un établissement spécial que pendant la période d'excitation.*

Mme Hélène, née en 1826, mariée, deux enfants, a toujours été d'une grande susceptibilité nerveuse, pleurant facilement.

Hérédité maternelle : mère atteinte de folie à double forme.

En 1853, lors de son premier accouchement, qui a été très laborieux, elle eut des attaques d'éclampsie qui durèrent trois jours. Après l'accouchement, elle eut pendant quinze jours des alternatives de gaieté et de tristesse, de vingt-quatre heures de durée chacune.

Sept ans après, c'est-à-dire en 1860, elle eut un premier accès qui débuta par de l'agitation. Mme Hélène faisait des scènes sans motifs, ne dormait à peine que deux heures par nuit, etc. A partir de cette époque, elle n'a cessé de passer chaque année cinq à six mois dans l'état d'excitation et le reste du temps dans la dépression.

Pendant la dépression, elle demeure dans sa famille; elle est triste, sans initiative, reste couchée une grande partie de la journée, s'occupe, mais très peu, des soins du ménage; elle ne veut voir personne, recherche l'isolement, on a de la peine à la faire sortir de chez elle.

Pendant la période d'excitation, au contraire, son séjour dans un établissement spécial est indispensable. Aussi est-ce pour la onzième fois qu'elle entre à la maison de Charenton, le 1er mai 1880. Nous avons décrit en peu de mots la phase dépressive, d'après les renseignements fournis par la famille de la malade, il nous reste à tracer un court tableau de la période d'excitation, telle qu'il nous est donné de l'observer.

Mme Hélène, sentant que la période d'excitation approchait, a demandé elle-même à revenir dans l'établissement. Elle est dans un état de surexcitation générale; elle parle avec volubilité de sa vie antérieure, de sa famille, de son commerce; elle passe d'un sujet à un autre, sans pouvoir s'arrêter à aucun. Mobilité incessante; elle ne peut rester une minute en place, et malgré une infirmité congénitale (coxalgie probable), elle court sans cesse de côté et d'autre, s'approche de toutes les personnes qui entrent dans la division, afin de lier connaissance avec elles. Elle est, en effet, très curieuse, s'informe de tout ce qui se passe, donne des conseils aux malades, les caresse, veut les soigner, etc. Pour répondre encore à ce besoin incessant d'activité, Mme Hélène fait des dessins

d'ornements sur tout ce qui lui tombe sous la main : chiffons de papier, de toile, etc. ; elle couvre même les murs des produits de son art. Insomnie. Bon appétit.

Pas de conceptions délirantes, pas d'hallucinations ni d'illusions. (Pendant l'accès de 1862, elle avait eu des visions ; elle voyait des êtres imaginaires.)

Mais, au bout de quinze jours à trois semaines, l'agitation devient plus vive ; la malade est de plus en plus loquace ; elle est insupportable pour les malades qu'elle taquine ; elle n'obéit plus, veut faire toutes ses volontés ; malgré les défenses qui lui sont faites, elle s'obstine à vouloir dessiner sur les murs. En même temps, sa tenue est plus négligée ; elle s'habille mal, ne prend plus aucun soin de ses vêtements.

Pendant quelques jours, la malade se plaint de céphalalgie, d'insomnie, de constipation ; elle est même prise un jour (le 15 mai) de nausées et de vomissements. Cette indisposition ne dure que vingt-quatre heures ; mais elle est suivie d'une agitation plus grande ; la tenue de la malade devient de plus en plus négligée, débraillée ; elle court les cheveux aux vents et ne peut rester en place ; elle ramasse dans la cour des boutons, des morceaux de papier, des morceaux de bois, etc., les fourre dans ses poches qui sont ainsi remplies de détritus de toute sorte ; elle vole même tout ce qu'elle trouve sur les tables et ne s'en cache pas. « Depuis son jeune âge, dit-elle, elle est sujette à ce penchant, et ne saurait y résister. » Ses idées sont incohérentes, enfantines ; elle parle néanmoins avec tendresse de son mari et de ses enfants. Cet état, à partir du mois d'août, va en déclinant et, vers la fin de ce mois, le calme était suffisamment rétabli pour que Mme Hélène pût être rendue à sa famille.

La période d'agitation recommence le 6 octobre 1881 et dure encore. Deux fois la famille, croyant l'excitation diminuée, a tenté de faire sortir la malade ; mais chaque fois il a fallu la ramener. Au bout d'un mois d'essai, tout le monde était littéralement sur les dents ; nuit et jour, elle bavardait, elle s'occupait de tout, dérangeait tout, etc. Nous ferons remarquer

que cette période d'excitation est la plus longue — elle dure déjà depuis plus de sept mois — que la malade ait traversée.

B. *Traumatismes cérébraux.* — M. le professeur Ch. Lasègue, en un profond et ingénieux travail sur ce qu'il appelle les *cérébraux* [1], a fait ressortir l'influence que peuvent avoir sur la santé cérébrale les traumatismes encéphaliques quelconques. Les conclusions auxquelles il arrive méritent d'être méditées. Ainsi un individu, qui a subi un choc cérébral, « a acquis une diathèse morbide qui décidera du reste de son existence. Il devient sujet à des désordres physiques et intellectuels, se produisant le plus habituellement sous forme de crises incomplètes, irrégulières, rompant la solidité des lois pathologiques, et que nous devons étudier comme une espèce à part dans le genre des affections cérébrales [2]. »

Parmi les désordres intellectuels consécutifs aux traumatismes cérébraux, est-il possible, malgré la régularité de ses accès, de ranger la folie à double forme? La diathèse morbide, développée par une commotion cérébrale, par exemple, peut-elle, au même titre que l'hérédité, déterminer cette alternance de la dépression et de l'excitation, qui constitue la folie à double forme ? Et si elle produit cette affection, celle-ci, eu égard à la cause, ne présente-t-elle pas quelques caractères particuliers ? Les faits seuls nous permettront de répondre à ces diverses questions.

[1] *Des délires instantanés, transitoires (délires par accès)*, in *Congrès international de Médecine mentale*, Paris, 1880, p. 227. *Les cérébraux. Etude de pathologie mentale*, in *Arch. gén. de méd.* Avril 1880.

[2] Lasègue. *Les cérébraux. Etude de pathologie mentale*, in *Arch. gén. de méd.* Avril 1880, p. 395.

Observation LVI [1].

Sommaire. — *Chute sur l'occiput avec légère commotion cérébrale. — Fréquentes céphalalgies. — Folie à double forme avec rémissions. — Périodes d'excitation caractérisées par de l'exaltation avec exacerbations, congestions vers la tête,* etc. — *Période de dépression avec simple état mélancolique.*

Emma B., née en 1856; sans antécédents héréditaires, d'une intelligence moyenne, ayant beaucoup de vivacité. En 1870, début de la menstruation; la même année, — chute sur l'occiput avec légère commotion cérébrale, depuis lors, fréquentes céphalalgies.

1870. — De la mi-juillet à la mi-septembre, état mélancolique, mutisme, accablement, dégoût de toute activité, teint pâle, amaigrissement, refus d'alimentation (deux mois au lit).

Mi-septembre. — La dépression mélancolique fait place à l'exaltation maniaque, gaieté, vivacité, loquacité; la malade forge des plans, a peu de sommeil, mais bon appétit. — Mi-novembre, l'excitation s'est dissipée et est suivie d'un état normal.

1871. — Mi-juillet à la fin de septembre, mélancolie d'une intensité modérée. Octobre et décembre, légère manie.

Pendant l'hiver de 1871-1872, état normal.

1872. — Mai et juin, mélancolie.

Juillet. — Commencement de la manie; volubilité, besoin d'agir, manie d'écrire, tendances érotiques, insomnie, congestions vers la tête, bon appétit.

20 juillet. — Entrée à l'asile : exaltation gaie avec grande mobilité; la malade va de côté et d'autre, parle, plaisante, rit; activité sans but, sentiment de bien-être, mais aussi modifications brusques d'humeur.

Septembre. — En veut à tout le monde, ne fait bon accueil à personne, de temps en temps elle pousse des cris de terreur.

[1] Kirn, *loc. cit.*, Obs. VIII, p. 72.

En octobre et novembre, de temps en temps, état de dépression, puis état normal.

1873. — Pendant plusieurs mois, état de légère dépression (la malade est silencieuse, ne parle que par monosyllabes, elle est timide, ne quitte pas la maison).

Depuis le mois de mai, plus grande vivacité.

Juillet. — Excitation maniaque. Pas de repos, volubilité, forgeant des plans, excitation sexuelle, particulièrement désir de se marier.

Août. — Augmentation de l'agitation, insomnie.

Septembre. — Exacerbation très marquée avec états d'irritation cérébrale se produisant par accès, avec grande chaleur à la tête, accélération du pouls; cris aigus sur un ton d'irritation douloureuse, et tendances à détruire; en même temps point de côté, avec anxiété, dyspnée, palpitations, douleurs de reins, élancements dans les membres, douleurs vives dans toute la tête, étourdissements, visions de couleurs, nausées.

Octobre et novembre.—Fréquents accès d'agitation avec cris douloureux aigus, hallucinations de l'ouïe.

Décembre. — Rémission.

1874. Janvier. — Etat normal. Plus tard, léger état mélancolique; la malade est presque entièrement silencieuse, ne fait rien, recherche la solitude la plus complète, évitant timidement toute rencontre. Grâce à un bon appétit, augmentation sensible de l'embonpoint.

Août. — Plus vive, travaille de nouveau.

Septembre. — Commencement et en octobre, augmentation de l'excitation, insomnie.

Novembre et décembre.—Exaltation, sentiment d'une agitation intérieure, douleur au front et à la poitrine. Accès de cris aigus douloureux avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, pouls 80-100. Hypérémie de la face.

Aux époques menstruelles, exacerbations avec accès de sensibilité excessive et tendances à détruire.

1875. — De janvier à la première quinzaine de mars, fréquents états de surexcitation douloureuse avec anxiété précor-

diale, hallucinations, accès de sensibilité, en outre congestions prononcées vers la tête et accélération du pouls.

Avril. — Rémission.

A partir de mai, nouvel état de légère dépression, qui rend son abord peu facile, etc.

Observation LVII [1].

Sommaire. — *Chute sur le front. — D'abord accès maniaque tous les quinze jours, — Puis folie à double forme. — Périodes de dépression avec stupeur. — Périodes d'excitation avec paroxysmes maniaques et congestions vers la tête,* etc.

Trieb, seize ans, domestique, enfant naturel, est amené de la prison préventive à l'asile, le 16 janvier 1875. Depuis l'âge de dix ans, il serait atteint de somnambulisme et de cauchemars. Pas de preuves évidentes de l'existence de symptômes épileptiques ou épileptoïdes. En 1870, Trieb tombe d'une grande hauteur sur le front, perd connaissance, reste trois jours sans parler et quinze jours au lit. Depuis ce traumatisme, il aurait présenté tous les quinze jours un état d'excitation, pendant lequel il vagabonde, est très irritable et très réclamant, il se livre à des excès alcooliques et devient très menaçant et très brutal. C'est dans un tel état maniaque évident qu'il menaça son père nourricier d'incendier sa maison et que celui-ci s'empressa de le faire arrêter. Pendant les trois premières semaines de l'instruction judiciaire, Trieb présente un état qui ressemble à de la stupidité. Dans les derniers temps, il paraît tout simplement imbécile. Deux médecins légistes le déclarèrent simulateur, deux autres le considérèrent comme réellement imbécile. La justice suspendit l'instruction et le malade vint à l'asile comme imbécile. Quelques jours après, *l'imbécillité* a disparu et le malade raconte avec beaucoup de satisfaction qu'il n'a joué le rôle d'imbécile (apathique) que sur le conseil de ses compagnons de prison, afin d'échapper à

[1] Krafft-Ebing, *loc. cit.*, t. III, Obs. CIX, p. 139.

une peine imminente. Le malade est très petit, le développement de son corps est en retard, il présente à peine des traces de la puberté commençante. Circonférence du crâne, 52 cent. Pas de traces d'un traumatisme. Jusqu'au 8 février 1875, il ne présente rien de particulier ni au point de vue physique ni au point de vue intellectuel. Mais ce jour même, son extérieur change complètement, il est irritable, menaçant, demande sa liberté, — il est un criminel, avec qui il n'y a pas à plaisanter, il est très bien portant, frais comme une rose, on ne se doute pas des forces qu'il a. Grand flux d'idées et de paroles. Le malade raconte avec plaisir et satisfaction ses méfaits d'autrefois, plaisante magistrats et médecins qu'il a dupés. Entre temps de nouveau il a des accès de colère, il veut retourner en prison, il préfère y passer quelques jours que de séjourner ici, il est mécontent, réclameur, querelleur, raisonnant.

Physionomie animée, regard insolent, yeux brillants. Légère congestion vers la tête, insomnie.

Le 27 février, transformation subite de la folie raisonnante maniaque en stupeur douloureuse.

Le malade est couché, le teint pâle, muet, les yeux hagards, les joues décolorées, les pupilles dilatées, les artères contractées, filiformes, les extrémités glaciales, légèrement cyanosées, avec les traits tirés, exprimant l'angoisse.

On est forcé de lui donner à manger.

Le 13 mars, la stupeur anxieuse se dissipe. Le malade raconte qu'il s'est trouvé dans un trouble profond, qu'il voulait parler et ne le pouvait pas, qu'il voyait constamment assis au pied de son lit un spectre blanc à physionomie menaçante, qu'il était obligé de regarder fixement. Il appelait cet état une *convulsion de l'esprit*, reconnaît qu'il est maladif, tandis qu'il n'accorde pas ce caractère à l'état maniaque. Jusqu'à la fin de mai, le malade est lucide, tranquille, modeste, laborieux. Puis arrivent quelques nuits, pendant lesquelles lui apparaît de nouveau le spectre blanc.

Du 1er au 18 avril, il est de nouveau légèrement maniaque — bavard, turbulent, bruyant, mécontent de tout le monde.

Du 18 au 29 avril, stupeur anxieuse. Encore cette fois, celle-

ci cessa subitement; de même il fut de nouveau tourmenté par la vue du spectre, qui cette fois tient une faux dans sa main; muet de peur, comme paralysé, il crut qu'il allait mourir.

Le 30, maniaque; — il est de nouveau bruyant, raisonnant; s'est peint des moustaches pour mieux en imposer. Pour tout le reste, l'image exacte de l'accès précédent.

Du 23 au 25 mai, lucide; du 30 mai au 15 juin, mélancolie avec stupeur; de cette dernière date au 26, maniaque; du 26 juin au 17 juillet, mélancolie avec stupeur (rien que de l'anxiété, pas de vision); de ce jour au 4 août, lucide; puis jusqu'au 19 août, maniaque; jusqu'au 10 septembre, mélancolique, jusqu'au 6 novembre, maniaque; jusqu'au 2 décembre 1875, lucide. Dans la nuit du 3, il a la vision de sa mère adoptive, telle qu'elle était couchée sur son lit de mort. Du 3 au 24 décembre, maniaque (accès d'une intensité moindre grâce à l'emploi d'injections sous-cutanées de morphine, 0,03 centigr. deux fois par jour). Du 24 décembre au 11 janvier 1876, lucide; de cette dernière date au 12 février, maniaque; jusqu'au 23 février, mélancolique avec stupeur; jusqu'au 1er avril, maniaque; jusqu'au 11 avril, mélancolique avec stupeur; jusqu'au 17 mai, maniaque; jusqu'au 2 juin, mélancolique; jusqu'au 27 juin, maniaque, jusqu'au 9 juillet, lucide. Depuis ce jour jusqu'au 18 juillet, état mélancolique plus modéré (le malade est simplement déprimé, timide, dolent, mais sans stupeur et sans incapacité de travail); puis succède un léger état maniaque, qui toutefois dure jusqu'au 1er octobre.

Jusqu'au 12 octobre le malade est de nouveau lucide, puis pendant quelques jours légèrement mélancolique (il est déprimé, est extérieurement troublé, silencieux), puis de nouveau lucide jusqu'au 16 janvier 1877, époque à laquelle se présente de nouveau un léger état maniaque qui dure jusqu'au 27 du même mois. Celui-ci clôt la série des phases circulaires. Depuis lors jusqu'au 19 juin 1877, le malade ne présente rien d'anormal, il sort guéri. Jusqu'au 18 août 1878, Trieb est en condition et bien portant. Ce jour, après un travail fati-

gant, se manifeste un état de stupeur douloureuse; le malade nous est de nouveau amené. Grâce au repos au lit et à une bonne alimentation, le malade est rétabli le 1er septembre. Il raconte qu'il a été triste, qu'il a senti une douleur anxieuse au cœur, mais qu'il n'a aucune vision. Après comme avant, aucun symptôme qui puisse faire soupçonner l'épilepsie.

Ces deux observations sont intéressantes à plusieurs points de vue. La malade qui fait le sujet de la première, après une chute sur l'occiput, est prise d'accès de folie à double forme dont les périodes, d'abord assez régulières, deviennent irrégulières dans la suite, la phase d'excitation ayant une durée plus longue que la phase de dépression. Mais ce qu'il y a d'important à faire ressortir, ce sont les accidents cérébraux qu'on observe chez cette malade pendant les périodes d'excitation, c'est-à-dire des étourdissements, de vives douleurs dans la tête, des accès d'irritation cérébrale avec bouffées de chaleur à la tête, des accès de cris aigus, des hallucinations de la vue. Ne sont-ce pas là des symptômes de pertubations cérébrales, que nous n'avons guère eu l'occasion de constater chez les autres malades dont les observations ont été publiées dans ce travail ?

Quant au malade de la seconde observation, il a fait une chute sur le front d'une grande hauteur. Après plusieurs accès intermittents de manie, où l'on constate surtout le caractère impulsif des actes du malade, celui-ci commence une série d'accès de folie à double forme ; seulement ces accès ne présentent aucune régularité et sont entrecoupés de nombreux états lucides ; ainsi, après plusieurs accès réguliers, il arrive souvent qu'une des périodes d'un accès fait défaut et est remplacée par une période de lucidité, etc.

Les symptômes cérébraux, si marquants dans la première observation, le sont moins dans celle-ci ; toutefois on constate encore là des congestions vers la tête et des hallucinations de la vue.

Quoi qu'il en soit des caractères particuliers que peuvent présenter ces malades, il ne nous semble pas moins établi que, indépendamment de toute prédisposition héréditaire, les traumatismes cérébraux peuvent, laissant à leur suite une sorte de diathèse morbide, provoquer dans certains cas des accès de folie à double forme.

C. *Hystérie.* — Morel, ainsi que nous l'avons indiqué dans notre historique, en signalant les circonstances maladives dans lesquelles on observe les phénomènes d'alternance, cite d'abord l'hérédité, puis l'hystérie et l'épilepsie. M. le Dr Cotard n'a pas manqué d'indiquer ces rapports de l'hystérie et de la folie circulaire dans son excellent article FOLIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* « Des alternances analogues à celles de la folie circulaire, dit-il [1], ne sont pas très rares chez les hystériques... Les périodes d'excitation sont alors caractérisées par la prédominance des instincts pervers et des actes nuisibles qui sont le propre de la manie hystérique. »

Ces caractères de perversité dans les instincts et de méchanceté dans les actes, on peut les constater, en partie du moins, dans l'observation suivante due à M. Baillarger [2].

[1] Art. *Folie* du *Dict. encyclop. des sciences médicales*, 4e série, t. III, p. 303.

[2] Geoffroy. *Thèse de Paris*, 1861, p. 65.

Observation LVIII.

Sommaire. — *Femme hystérique. — Accès irréguliers de folie à double forme. — Période d'excitation caractérisée par des troubles des sentiments affectifs, des idées de grandeur. — Période de dépression plus longue que celle d'excitation.*

Mme R..., âgée de quarante-six ans, née à Orléans, est une femme d'une taille moyenne, d'un tempérament nerveux, un peu maigre, au teint jaunâtre et terne, née d'un père presque imbécile. D'une impressionnabilité très grande, d'un caractère volontaire, elle a eu des attaques d'hystérie à l'âge de quatorze ans, lors de l'établissement de la menstruation, qui a toujours été peu abondante, mais régulière. Après le mariage de la malade, qui avait alors vingt-cinq ans, ces crises hystériques diminuèrent de fréquence, et cessèrent complètement après une deuxième grossesse. Mme R... a eu en tout sept couches, dont la dernière il y a sept ans, et toutes heureuses, mais il ne lui reste plus que trois enfants vivants. En 1841, étant enceinte de trois mois, elle perd son fils aîné, après lui avoir prodigué des soins et s'être fatiguée à le veiller ; elle en conçoit un vif chagrin et tombe dans la mélancolie; elle devient triste, dégoûtée de la vie, tout en ayant conscience de son état et de son impuissance morale. Après ses couches, faites sans accident, elle reprend son genre de vie régulière, s'occupe de ses affaires, et se rend utile dans son intérieur pendant six mois ; alors, à la suite d'une cause insignifiante, elle retombe dans le même état de tristesse, qui dure sept mois, au bout desquels survient une grande surexcitation, caractérisée par une activité incessante, un besoin de parler de tout le monde et de toutes choses (c'était alors en 1848). Elle lisait les journaux, faisait de la politique, compromettait même son mari par des propos inconséquents, achetait, vendait sans nécessité et sans calcul, en un mot gaspillait sa fortune. Pendant cette période, qui dura quatre mois, elle a eu quelques accès hystériques avec perte de connaissance. L'exci-

tation s'apaisant peu à peu, elle devient calme, régulière et peu après inquiète et mélancolique ; puis elle reste dans cet état pendant dix mois. Par une transition brusque, presque subite, elle passe de cette période dépressive à une gaieté tout opposée. C'est alors, en 1851, qu'elle entre à l'asile d'Orléans, où elle reste six mois. Peu après sa sortie, le calme est troublé encore. Son mari, occupé d'un petit commerce, s'absente pendant quelques jours sans l'avertir ; elle s'imagine qu'il ne reviendra plus, devient sombre, inquiète, et reste ainsi pendant dix-huit mois. Ce n'est qu'en décembre 1852, après avoir soigné son mari pendant quelques mois et l'avoir vu mourir, qu'elle passe de la tristesse à la gaieté et à l'agitation, se plaignant de sa famille, et surtout de sa fille aînée.

C'est alors, dans cet état de surexcitation, qu'elle entre à la Salpêtrière (service de M. Mitivié), le 22 février 1853. Dès son arrivée, la malade cherche à se placer au-dessus de ses compagnes, affecte avec elles des airs de grandeur, prenant sous sa protection tantôt celles-ci, tantôt celles-là, conseillant les unes et les autres, discutant avec tout le monde, parlant avec facilité, se plaignant de ses enfants, qu'elle méprise et renie comme n'étant pas de son sang ; elle est, dit-elle, la fille d'un grand seigneur, lequel doit la faire riche un jour. Pendant cinq mois elle reste le véritable fléau de la division, veut commander, emprunte à ses compagnes de l'argent, du linge ; elle dort très peu, et malgré cela se porte bien, et n'a ni hallucinations ni aucun symptôme de paralysie. Au bout de cinq mois, l'excitation diminue graduellement, et le calme renaît et permet à la malade d'occuper une place à la lingerie de la maison, pendant quatre mois, jusqu'au moment de sa sortie (30 octobre 1853).

Elle retourne chez sa fille, où elle se maintient tranquille pendant quinze jours, après lesquels la mésintelligence s'établit entre elle et sa fille, et à la suite de disputes elle retombe dans l'abattement, ne se sent plus le courage de travailler, s'ennuie et refuse de manger, reste au lit des journées entières. On la ramène alors une seconde fois à la Salpêtrière (le 17 février 1854). Mme R... est amaigrie, très pâle, aime l'isolement

et l'inactivité, paraît abattue et découragée, indifférente pour tout, excepté pour la situation dans laquelle elle se trouve, situation qu'elle comprend et qu'elle déplore, tant est grand son manque d'énergie et de volonté ; ses réponses, faites d'une voix lente et faible, sont précises, brèves et raisonnables. Les fonctions digestives sont laborieuses, il y a de l'inappétence, la respiration est lente, le pouls faible et intermittent, avec bruit de souffle carotidien. A l'aide d'excitants, de toniques et de laxatifs, la malade sort peu à peu de sa tristesse, et se trouve presque revenue à son état normal trois mois après.

D. *Epilepsie.* — Le délire des épileptiques peut, comme on sait, prendre tous les caractères. On observe chez ces malades la manie, la mélancolie, le délire religieux, les idées de persécution, etc. Le professeur Krafft-Ebing[1] a remarqué — et il donne des observations à l'appui — que la folie à double forme se rencontre aussi chez certains épileptiques, en un mot que la folie épileptique prend parfois le type circulaire. Dans ces cas, on a affaire à une psychose assez compliquée ; les deux périodes de dépression et d'excitation présentent le plus souvent les caractères du délire épileptique, c'est-à-dire qu'on constate des hallucinations de nature terrifiante, des actes agressifs, des fureurs instantanées, la perte de la conscience des actes, etc. Ainsi, comme dans les cas de folie à double forme d'origine hystérique, le terrain de la névrose épileptique développe des symptômes particuliers et donne à la marche de la folie un cachet propre. Le fond, c'est-à-dire l'alternance des deux phases, existe comme dans la folie à double forme idiopathique ; seulement le caractère des manifestations délirantes s'en distingue d'une manière significative.

[1] *Lehrbuch der Psychiatrie*, t. II, p. 112.

Cette question de la folie épileptique circulaire, de même que celle de la paralysie générale circulaire, est loin encore d'être résolue. Les deux observations publiées par le professeur Krafft-Ebing, et dont nous allons donner la traduction, doivent être considérées comme d'utiles documents ; mais, vu la complexité du sujet, il est utile, avant de poser des conclusions, d'amasser un plus grand nombre de faits cliniques.

Observation LIX [1]

Sommaire. — *Folie épileptique circulaire. — Périodes de courte durée. — Période de dépression caractérisée par des idées de culpabilité, du délire religieux, tendances à se mutiler*, etc. — *Période d'excitation avec exaltation générale, délire religieux, hallucinations de la vue.*

Spess, trente ans, marié, propriétaire, entré le 29 décembre 1873, fils d'un père ivrogne. Sa sœur est épileptique. Enfant, il eut des convulsions. A huit ans, à la suite d'une peur, il est pris d'attaques d'épilepsie, qui dans la suite se reproduisirent à intervalles d'un mois, puis d'une semaine. Dans les dernières années, le malade s'est livré à la boisson et les accès se sont multipliés. Il se produisit des états délirants qui nécessitèrent l'entrée dans l'asile d'aliénés

Le malade est d'une intelligence imparfaite et affaiblie. Il reconnaît lui-même qu'il est malade de tête, il se sent toujours comme ivre. Pas de maladies des organes végétatifs, les bruits du cœur sont nets, pouls à soixante-douze, lent. Face et extrémités légèrement cyanosées. Le crâne de dimensions normales, toutefois fortement aplati à l'occiput. Tremblement de la langue et des muscles de la lèvre supérieure.

L'observation apprend que le malade, outre ses accès épileptiques revenant après des intervalles de plusieurs semaines

[1] Krafft-Ebing, *loc. cit.*, t. III, Obs. LXXXVIII, p. 114.

et se succédant par séries, présente des alternatives cycliques d'exaltation et de dépression, qui manifestent clairement leur caractère de folie épileptique par des troubles de la conscience semblables aux rêves, par des moments de stupeur, par un délire religieux typique (le malade répète sans cesse le nom de Dieu) et par de nombreuses hallucinations caractéristiques de cet état. Les phases dépressives ont régulièrement une durée plus longue (1 à 23 jours) que les périodes d'exaltation (1/2 à 10 jours). Parfois aussi, il arrive que, pendant un certain temps, ces états alternent une à deux fois dans l'espace de vingt-quatre heures, mais toujours la durée de la phase dépressive domine. Il n'y a jamais d'intervalles lucides proprement dits ; en effet, durant les intervalles où il se trouve tous les deux mois et pendant lesquels il est libre de tout délire, où il n'est ni exalté ni déprimé, le malade semble être dans un état pathologique caractérisé par une sorte d'obnubilation de la conscience, une grande irritabilité, de la bigoterie. Par moments, on observe aussi, après des états plus longs d'exaltation avec insomnie, un à deux jours d'affaiblissement et de stupeur. La phase dépressive de la folie circulaire épileptique débute régulièrement par des céphalalgies, des lourdeurs de tête, une plus grande irritabilité et de la morosité, de l'augmentation de la cyanose habituelle. Le malade paraît profondément troublé dans sa manière d'être extérieure, il est déprimé, regarde fixement devant lui, parle à voix basse avec tremblement des lèvres, se considère comme un grand pécheur et ne prend que très peu de nourriture.

La conscience est comme à l'état de rêve. Le malade s'agenouille, dit son chapelet, demande toujours un instrument pour se broyer le pied, une pioche pour se couper les doigts, afin de se rendre agréable à Dieu. Quelques cicatrices à la main gauche proviennent de tentatives de mutilation. Souvent il dit qu'il veut bien donner un de ses yeux, si cela peut plaire à Dieu. Trouble-t-on le malade dans son état de contrition, il réagit avec animosité, frappe et mord ceux qui l'entourent. Il est constamment plus cyanosé durant cette période que d'ordinaire.

Les artères sont contractées, filiformes et restent même dans cet état lorsqu'on emploie le nitrite d'amyle ; le pouls est lent, les extrémités et la figure sont froides, cyanosées, les pupilles, dilatées, réagissent lentement. Durant ce stade se produisent de nombreuses hallucinations : — le malade voit des écrevisses, des serpents, des vaches, deux grands hommes blancs, Dieu le père avec une figure menaçante, le diable, qui se métamorphose devant ses yeux en animaux divers. A la fin de la phase dépressive, se manifestent pendant des heures des symptômes d'exaltation (cris de joie, chant, sifflements, visions gaies). Le passage à la période d'exaltation a lieu brusquement, et en même temps on remarque une diminution marquée de la cyanose, le pouls est plus plein et plus mou, et en même temps plus fréquent. Assez souvent on constate aussi des phénomènes fluxionnaires vers le cerveau. La physionomie devient plus vive, le malade est bavard, manifeste sa joie d'avoir la tête libre. Il se met à chanter, à danser et à jubiler. Il voit Dieu, de belles étoiles, une grande ville ; le ciel s'ouvre, il se voit transporter au paradis. Devant ses yeux éblouis, Dieu monte au ciel sous la forme d'un grand et beau poisson. Le Saint-Esprit lui apparaît sous la forme d'un enfant, qui tient dans sa main un petit tableau blanc. Il prend les personnes de son entourage pour des anges, Dieu le Père, le Christ; tout est admirable et brillant. Le bon Dieu lui apparaît avec des couleurs chatoyantes, comme un poisson brillant; devant ses yeux dansent des poissons dorés. Il est continuellement insomne, il est gai, chante, exalte les faveurs et les bienfaits de Dieu. Ses yeux brillent, sa physionomie exprime l'enthousiasme, son état va parfois jusqu'à l'extase. Le pouls reste lent, mais il est plus plein, les artères plus molles que dans le stade dépressif. Le bromure de potassiun et les injections sous-cutanées de morphine sont sans action sur la folie circulaire. Le premier diminue bien la fréquence des accès épileptiques, mais les dernières sont sans influence sur la marche et l'intensité de la folie circulaire. La seule influence sensible des accès épileptiques est celle-ci, c'est que, lorsqu'ils se produisent par série, la cyanose est augmentée pendant quelques

jours. Les accès épileptiques sont ordinairement classiques, mais de temps en temps ils se bornent à une convulsion et à un tremblement de tout le corps sans que le malade perde complètement conscience et qu'il tombe.

Observation LX [1].

Sommaire. — *Folie circulaire épileptique. — Accès à longues périodes. — Période d'excitation avec tendances érotiques, exaltation générale*, etc. — *Période de dépression avec obnupilation intellectuelle et même stupeur.*

Thür, vingt et un ans, célibataire, fille de cocher, père ivrogne, tante maternelle mélancolique. La malade a eu des convulsions à l'époque de la dentition, et pendant son enfance elle a été névropathique, maladive.

Les règles commencèrent à l'âge de quatorze ans. A leur suite, on vit apparaître une chlorose qui dura jusqu'à l'âge de vingt et un ans. A seize ans, la malade, après une correction de son père, fut prise sans doute d'un délire hallucinatoire aigu. Elle devint peureuse, perdit la conscience complète de ses actes, sauta dans le fleuve, vit la foule se jeter sur elle et même des chevaux en masse la poursuivre ; disparition rapide de cet état avec mémoire sommaire.

Un deuxième accès se présente à l'âge de dix-sept ans ; sa description nous donne le même délire hallucinatoire terrifiant (la mort et le diable sont toujours autour d'elle, son père menace de la tuer avec un hoyau, elle cherche dans sa terreur de la mort à se noyer, à s'étrangler). Un troisième accès analogue, un mois après la fin du deuxième, et d'une durée de quinze jours. Un quatrième en 1876. Cette même année, la malade était aussi prise trois ou quatre fois de convulsions cloniques générales avec perte de connaissance.

En février 1877, la malade, à la suite de convulsions, devient

[1] Krafft-Ebing, *loc. cit.*, t. III, Obs. LXXXIX, p. 115.

mélancolique. Après une durée de cinq mois, le trouble psychique qui était resté dans les limites d'une mélancolie sans délire, se transforme en manie. Celle-ci aurait été précédée de plusieurs attaques d'épilepsie, à la suite desquelles se manifesta un état de manie aiguë avec un délire furieux (grand mal ?).

A son entrée, le 30 novembre 1877, la malade est dans l'exaltation maniaque. Elle présente une disposition à la gaieté, à la raillerie, à l'extravagance, des tendances érotiques, une grande mobilité d'idées. Elle raconte qu'elle est si heureuse depuis deux mois, et si gaie parce qu'elle est bien portante. La malade est très érotique, elle raconte ses amourettes, elle s'amourache des médecins présents, qui sont de si beaux messieurs. Dans un même instant, elle veut devenir nonne, se marier, demande tout ce quelle voit, dort peu, chante et discourt toute la nuit. A l'époque menstruelle, cet état qui était resté dans les limites d'une exaltation maniaque augmente et arrive au summum de la manie aiguë. Sous l'influence du bromure de potassium, l'époque menstruelle suivante se passe sans exacerbation. On n'a remarqué aucun trouble profond de la conscience pendant toute la durée de cette période maniaque. A l'exception d'une attaque isolée d'épilepsie le 8 novembre 1877, pas de manifestation de cette névrose.

Fin mars 1878, la manie se dissipe. La malade commence à se plaindre de lourdeurs de tête, de grande obnubilation intellectuelle, d'incapacité de penser, de travailler. Ces symptômes sont considérés comme symptômes d'affaiblissement, car à ce moment on ne songe nullement à une folie circulaire, quoique la longue durée de la prétendue mélancolie prodromique et la persistance de la manie à l'état d'exaltation maniaque pussent en quelque sorte la faire soupçonner. Au commencement d'avril, se manifeste d'une façon évidente de la dépression mélancolique, qui va toujours en augmentant. La malade se croit une grande pécheresse, demande pardon, a des angoisses précordiales, voudrait mourir, est insomne ; elle est très troublée dans sa manière d'être. Troubles gastriques, pouls très petit, mains fraîches. Idées

d'empoisonnement passagères. Au plus profond de la mélancolie, se présentent des heures durant des éléments maniaques (humeur gaie, flux d'idées, turbulence).

Fin avril, la mélancolie arrive jusqu'à un état de légère stupeur — regard fixe et anxieux, la malade perd conscience de ses actes, a des angoisses. Lorsqu'on place le thermomètre pour prendre la température, la malade s'imagine qu'on veut la transpercer ; il y a des animaux dans son lit, elle n'a pas d'argent pour payer sa nourriture. Une fois elle se lève subitement; elle est un chien et est obligée de mordre quelqu'un.

Le 30 avril, la scène change ; l'etat mélancolique précédent, caractéristique d'une folie circulaire, fait place à une succession variée et vraiment kaleïdoscopique d'états stupides, délirants, dépressifs et expansifs, qui n'ont de commun qu'une grande confusion et le trouble de la conscience, et qui par là rappellent les états épileptiques.

Le 30 avril, la malade est dans une profonde stupeur, les traits rigides, les yeux largement ouverts.

Le 1er mai, la malade danse et chante, puis aussitôt après se considère comme une grande pécheresse et manifeste le désir de mourir. Dans la suite, état d'obnubilation et de rêvasserie, dans lequel on voit se succéder comme dans un kaléidoscope des rires, des pleurs, des états de stupeur sans réaction, une profonde dépression (elle en donne une fois pour motif que son père est couché dans la bière) ; toutefois, ce qui domine, ce sont les éléments mélancoliques terrifiants et la stupeur. Avec cela, température à 38° et rapide diminution de l'embonpoint.

Le 18 mai, délire terrifiant semblable au grand mal épileptique. Cris et fureur, la malade semble réagir contre des fantômes effrayants. Coprophagie.

Le 20 mai, de nouveau profonde stupeur. Entre temps, éclats de rire. Dans la suite la stupeur est continue ; souvent, dans l'espace de quelques heures, succession rapide des états mentionnés plus haut, jusqu'au commencement de décembre, où la malade devient tranquille, ordonnée. Cet état lucide dure jusqu'au 18 décembre, où recommence le stade maniaque

de la folie circulaire. La malade présente jusqu'aux moindres traits la même personnalité que la première fois. L'état maniaque dure avec de profondes rémissions jusqu'à la fin de juillet 1879. En août, intervalle lucide qui dure jusqu'au 20 octobre 1879 et qui n'est troublé qu'au moment des règles par des états éphémères soit de légère manie, soit de légère mélancolie. A la suite de la menstruation, le 21 octobre, recommence la phase maniaque de la folie circulaire.

2° *Causes occasionnelles.*

Les causes occasionnelles sont, comme on sait, celles qui provoquent le développement de la maladie. En ce qui concerne la folie à double forme, ces causes peuvent être groupées en deux catégories : les causes physiques et les causes morales. Nous allons étudier successivement les unes et les autres.

A. *Causes physiques.* — Au nombre des causes physiques, nous plaçons les affections internes, la puerpéralité et la syphilis.

Si l'on en croit Schüle[1], la folie à double forme peut être due, dans certains cas — rares, il est vrai — à une irritation périphérique. Cet auteur cite, en effet, l'histoire d'une malade à la fois atteinte de folie circulaire et d'une affection interne. La guérison de cette dernière ayant amené en même temps celle de la maladie mentale, on est en droit de conclure, d'après l'adage « *sublatâ causâ, tollitur effectus* », que la folie circulaire a été provoquée par la maladie de l'utérus.

Une autre cause, qui se rapproche de la précédente et

[1] *Handbuch der Geistenkrankheiten*, p. 437.

peut déterminer l'explosion de la folie à double forme, est l'état puerpéral. Nous en donnerons comme exemples les deux faits suivants.

Observation LXI [1].

Accès de folie à double forme pendant l'allaitement. Guérison.

Marie Durand, femme Denisot, fut amenée dans la maison le 16 mai 1825. Elle était d'un tempérament nerveux, très active et très bavarde, et nourrissant son sixième enfant. Nous apprîmes qu'un an auparavant elle avait eu un bel héritage qui lui avait donné une grande vanité et avait augmenté son bavadarge ; qu'un procès était survenu ; qu'il avait fallu soumettre un de ses enfants à la taille, et que son esprit, ainsi tourmenté dans tous les sens, n'avait pu résister ; elle avait enfin commis des actes de folie dans le mois de février dernier. Quand elle fut soumise à notre examen, elle présentait une manie bien caractérisée, une agitation continuelle et du défaut de suite dans les idées et dans les actions. On lui avait retiré son enfant, mais la lactation continuait encore ; il fut impossible de lui administrer aucun médicament ; à peine si on a pu lui donner quelques bains. Après un mois, l'aliénation mentale prit tout à coup une autre couleur ; Marie Durand devint triste, morose, ne parla plus, maigrit beaucoup, tenta plusieurs fois de se suicider ; il fut encore impossible d'essayer aucun traitement. Cependant, au bout de six semaines, cette profonde mélancolie commença à se dissiper ; l'aliénée répondit aux questions qu'on lui fit, l'appétit revint, elle demanda ses enfants, bientôt après son mari. On put dès lors annoncer une guérison prochaine ; elle fut complète au mois de septembre et n'a pas varié depuis, quoique Mme Denisot ait repris la direction de son ménage. La lactation n'a cessé qu'au mois de novembre.

[1] Marcé. *Traité de la folie des femmes enceintes*, etc., obs. de Rech, p. 382.

Observation LXII (personnelle).

Sommaire. — *Folie à double forme. — Accès isolé. — Période d'excitation avec exaltation générale. — Période de dépression avec stupeur. — Etat puerpéral. — Accouchement pendant la période de dépression. — Ne se souvient pas d'avoir accouché. — Syphilis. — Guérison.*

Mlle Joséphine, vingt-trois ans, fille naturelle d'une mère adonnée à la boisson, entre à la maison de Charenton, le 14 mars 1879.

D'une éducation médiocre, mais d'une intelligence assez développée, la malade a mené depuis l'âge de dix-sept ans une vie très irrégulière. A l'âge de dix-huit ans, elle contractait la syphilis; deux enfants qu'elle eut à peu d'années de distance sont morts, le dernier quelques heures après la naissance, couvert de syphilides cutanées. La malade est de nouveau enceinte depuis le mois de février; c'est de cette époque que datent les premiers symptômes de la maladie mentale. Ils paraissent s'être présentés subitement et, dès le début, ont pris le caractère d'une exaltation générale. La malade s'est livrée à des excès de tout genre, elle s'est mise à boire de l'absinthe et, dans de véritables accès de nymphomanie, se prostituait au premier venu. A ce délire des actes, se seraient ajoutées des hallucinations de la vue et de l'ouïe et une diminution de la mémoire des faits récents. (Dans ces derniers temps, elle se perdait dans les rues, dont elle ne se rappelait plus le nom.)

C'est dans cet état d'exaltation générale qu'elle nous arrive le 14 mai 1879. Elle se dit très intelligente; elle va apprendre, toute seule et sans maîtres, la peinture, le dessin, la musique; il ne lui faudra pour cela que peu de temps. Elle écrit ses mémoires, griffonne lettres sur lettres; se plaint de tout et de tout le monde, critique ses compagnes, leur cherche querelle, puis trouve toute sorte de motifs pour excuser sa conduite. Dort très peu, mais mange bien. Fréquentes migraines.

Fréquents accès de colère; insulte alors en termes grossiers

toutes les personnes qui l'entourent, religieuses, malades, infirmières. — Exprime des désirs sans nombre et se fâche quand on ne les satisfait pas sur l'heure. — Se plaît à parler de ses débauches et de ses orgies et, pour ces récits, se sert d'un langage des plus vulgaires et des plus grossiers. — Généralement, pendant la visite, elle est calme et feint la plus grande docilité pour donner le change.

Le 18 juin, accès de violente agitation provoqué par une cause futile : la malade arrache une tringle en fer et s'en sert pour briser tout ce qu'elle a sous la main : vitres, porte, lit, sommier, etc. Conduite à la division des agitées, elle menace, crie, pleure, se vautre par terre, refuse de manger et menace de se tuer en se frappant la tête contre le mur si on ne la ramène pas dans sa chambre. Elle dit qu'on veut la tuer, elle et son enfant, supplie en pleurant qu'on ait au moins pitié de l'enfant « qu'elle a dans le ventre »; elle brise et jette au loin un bracelet en or et s'écrie d'un air tragique : « Arrière, bracelet de malheur et de déshonneur! » A partir de ce jour, l'agitation maniaque succède à la simple exaltation et dure jusqu'à la fin de juillet. A ce moment, la malade a un véritable accès de fureur; elle brise les meubles de sa chambre, déchire ses habits, pousse des cris, menace tout le monde. Dans la division où elle est placée, elle s'ingénie à voler le vin aux malades pour le boire. Insomnie continuelle.

Au commencement d'août, la malade tombe dans un état de stupeur; refus d'alimentation, elle est nourrie à l'aide de la sonde œsophagienne. Puis, pendant quelques jours, mutisme complet; la malade ne reconnaît plus personne, elle semble absorbée par un délire intérieur, elle a l'air égaré des malades qui sont en proie à des hallucinations terrifiantes; elle a des frayeurs dès qu'on l'approche; elle pousse de temps en temps des cris rauques; rougeurs subites de la face. Elle se débat avec rage lorsqu'on pratique le cathétérisme œsophagien; mais elle ne prononce pas un mot.

Dans la seconde quinzaine d'août, on constate la chute des cheveux, qui se fait par îlots sur divers points du cuir chevelu, et bientôt la calvitie est presque complète. Presque à la

même époque, on voit apparaître à la région fronto-temporale gauche quatre petites gommes syphilitiques. Sous l'influence du traitement antisyphilitique (sirop de Gibert), ces gommes se résorbent, une seule d'entre elles a suppuré.

L'état mental continue d'être le même : même mutisme, mêmes mouvements désordonnés, yeux hagards.

Accouche, sans grandes douleurs, le 3 novembre. La malade paraît toujours inconsciente de tout ce qui se passe autour d'elle; elle ne s'occupe pas de son enfant. Suites de couches normales.

L'état de stupeur, mais avec moins d'agitation, persiste jusqu'au commencement de décembre; l'état physique s'améliore progressivement.

Décembre 1879. — Mlle Joséphine commence à sortir de l'état de stupeur; elle paraît étonnée, regarde autour d'elle d'un air effaré ; elle demande où elle est, ce que l'on fait ici; elle semble en un mot se réveiller d'un long sommeil; elle ne se rappelle rien de ce qui s'est passé, ni son séjour de plusieurs mois au milieu des agitées, ni son accouchement. Au bout de quelques jours, la mémoire se réveille ; la malade se remémore quelques faits qui se sont passés durant les premiers temps de son séjour dans l'établissement, elle reconnaît certaines personnes, se rappelle leur nom, etc. De loin en loin, quelques moments d'agitation, avec congestion à la face, tête brûlante (bains et purgatifs).

Janvier 1880. — La malade est toujours un peu passive, elle se dit heureuse et contente; elle est calme, s'occupe un peu. Lorsqu'on lui demande le jour, le mois ou même l'année où nous sommes, elle répond qu'elle n'en sait rien et qu'elle ne s'occupe pas de cela. L'appétit est bon, le sommeil régulier. La menstruation est rétablie.

Février. — Même état. Les cheveux repoussent.

Mars. — L'état mental s'améliore progressivement; Mlle Joséphine s'occupe avec suite, s'intéresse à tout ce qui se passe autour d'elle, se préoccupe de ses affaires. Elle ne veut pas encore sa liberté, parce qu'elle a encore besoin de repos. Menstruation régulière.

Avril. — Mlle Joséphine va de mieux en mieux ; le calme est complet, le fonctionnement de l'intelligence paraît ne plus rien présenter d'anormal. Quand on lui demande si elle se souvient de ce qui s'est passé depuis qu'elle est dans la maison, elle répond qu'elle se rappelle tout jusqu'au moment de son accès de fureur de la fin du mois de juillet ; qu'à partir de cet instant la nuit s'est faite dans son intelligence et qu'elle n'a le souvenir ni du temps qui s'est écoulé, ni de son accouchement, de rien enfin ; elle sait aujourd'hui ces choses, mais parce qu'on les lui a dites.

Sortie guérie le 30 mai 1880.

Remarques. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre. L'état de grossesse a certainement été la cause occasionnelle de la maladie mentale. L'accès de folie à double forme a débuté par la période d'excitation qui a duré six mois et a présenté le caractère de l'exaltation maniaque avec paroxysmes d'agitation. Le passage de cette période à la suivante s'est effectué à la suite d'un accès de fureur. La phase de dépression a été caractérisée par de la stupeur avec agitation musculaire, frayeurs, etc. Cet état dure aussi près de six mois. La malade accouche pendant cette phase. Chose curieuse ! lorsque Mlle Joséphine revient à elle, c'est-à-dire qu'elle sort de la stupeur, elle ne se souvient de rien de ce qui s'est passé pendant toute la durée de cette période, elle ne se rappelle pas qu'elle a accouché, etc. Ce fait se trouve être en contradiction avec ce que l'on observe généralement dans la période de dépression de la folie à double forme, lorsqu'elle va jusqu'à la stupeur. Ordinairement, en effet, ainsi que nous l'avons dit au chapitre II, les malades se souviennent de tout ce qui s'est passé autour d'eux pendant qu'ils paraissaient plongés dans la stupeur la plus

profonde. — Enfin, la malade est sortie guérie ; aura-t-elle de nouveaux accès? Il y a toujours lieu de le craindre.

On a indiqué aussi, comme cause occasionnelle de la folie à double forme, la syphilis. Le malade de l'observation précédente a présenté des accidents syphilitiques pendant la période de dépression ; mais il nous semble difficile d'admettre que, dans ce cas, la syphilis constitutionnelle ait provoqué la maladie mentale et qu'il existât entre les deux affections une relation de cause à effet. Dans l'observation suivante, la folie à double forme est consécutive à l'apparition d'accidents syphilitiques secondaires ; mais un traitement antisyphilitique même énergique n'a pu enrayer la marche de l'affection mentale.

Observation LXIII.

Sommaire. — *Folie à double forme, consécutive à l'apparition d'accidents syphilitiques secondaires. — Premier accès : début par la mélancolie ; puis période d'excitation. — Durant cette dernière période, formation d'abcès. — Traitement antisyphilitique. — Amélioration, sortie. — Nouvel accès l'année suivante.*

M. A..., âgé de quarante et un ans, est un avocat, dans la famille duquel n'existe aucune prédisposition héréditaire. Ses facultés intellectuelles avaient acquis un remarquable développement, mais le jugement faisait souvent défaut. Doué d'une constitution assez forte, il s'était de bonne heure livré à de fréquents excès vénériens. Marié depuis quatorze ans, il avait eu cinq enfants bien portants. Avant son mariage, il avait eu quelques accidents primitifs qu'il avait toujours tenus secrets, et dont on n'a appris l'existence que par l'apparition

de symptômes syphilitiques secondaires. On vit d'abord se modifier son caractère : A... devint moins actif et moins expansif qu'antérieurement, il tomba peu à peu dans une mélancolie profonde. Admis à Hornheim en janvier 1854, il se faisait remarquer, au premier abord, soit par des conceptions délirantes, soit par des lésions fonctionnelles apparentes; mais le symptôme prédominant consistait dans une profonde dépression, exclusive de toute spontanéité. Cette situation se modifia lentement et graduellement : le malade devint plus actif et sortit de son apathie; mais cette activité, à son tour, dépassa l'état normal, et l'excitation était, au mois de mai, assez prononcée pour qu'on fût obligé de restreindre sa liberté. — Nitrate de soude, digitale; bains d'affusion.

Bientôt il survint de l'insomnie, de l'incohérence dans les idées et dans les actes, et enfin une tendance aux violences, ce qui engagea à l'isoler dans une loge. Ce fut alors qu'on vit se développer, à la face antérieure de la jambe gauche, une inflammation phlegmoneuse provoquée par un choc contre une racine d'arbre; elle mit assez de temps pour passer à la suppuration, et se termina par un abcès qui prit bientôt le caractère syphilitique. Les bords s'indurèrent, et le fond prit une mauvaise couleur. Embrocations chaudes et sublimé à l'intérieur : telle fut la prescription dans cette période de la maladie, du 14 juillet au 31 octobre, en y joignant toutefois l'iodure de potassium quand survint la salivation. Ce traitement eut des succès, et l'état mental s'améliora au fur et à mesure que les abcès se guérirent. Le malade put être rendu à sa famille le 14 janvier 1855. Pendant l'hiver et le printemps, sa situation commença à devenir satisfaisante; mais, à la suite d'une certaine dépression, on le vit, vers la fin de l'été, s'agiter et devenir loquace, incohérent et bizarre. On le ramena à Hornheim, en décembre 1855, à la suite d'un scandale dont il aurait été cause au théâtre. La situation était en tous points celle de l'année précédente, dans la période d'excitation; il y avait de plus un fort catarrhe, causé par un refroidissement qu'il avait éprouvé au mois de septembre. Les mêmes moyens n'ont produit aucune amélioration; car après que l'excitation

fut calmée, il est encore survenu une nouvelle période de dépression.

« L'auteur, ajoute M. Renaudin qui a analysé l'observation précédente, croit que l'aliénation mentale est devenue ici, en quelque sorte, l'expression de la syphilis constitutionnelle, que le mercure n'a pas eu la puissance d'atteindre à sa racine[1]. »

Outre celles que nous venons d'énumérer et dont nous avons cité des exemples, on indique encore comme causes occasionnelles physiques, la ménopause, les troubles de la menstruation, les excès de tout genre, vénériens, alcooliques, la fatigue, les fièvres compliqués d'accidents cérébraux, etc.

B. *Causes morales.* — Dans ce paragraphe, il faudrait énumérer toutes les causes morales qu'on est habitué à indiquer pour la folie en général. Toutefois un grand nombre d'auteurs sont portés à croire que, le plus souvent, c'est à quelque émotion violente que serait due l'explosion du premier accès de folie à double forme. Cette assertion n'est pas exacte d'une façon absolue ; car la maladie commence souvent sans cause morale connue. Mais lorsqu'il s'agit des accès isolés, c'est-à-dire de ceux qui sont séparés par des intervalles plus ou moins longs, cette influence des causes morales semblerait, au contraire, assez évidente. Ainsi, dans l'observation d'Esquirol que nous avons reproduite plus haut (Obs. XLVI, p. 221), chaque accès a été précédé d'une émotion morale vive. La première fois, c'est le feu qui prend au lit de la malade, six jours après qu'elle eut accouché ; la deuxième,

[1] *Annales médico-psychologiques*, 1859, p. 112.

c'est la nouvelle de la prise de Batavia, où son mari a été fait prisonnier ; le troisième accès est causé par l'inquiétude d'une traversée pénible et par le désespoir de l'emprisonnement de son mari ; une autre fois, c'est la mort d'une amie intime qui provoque l'explosion de la maladie, etc.

Fréquence de la folie à double forme. — Il nous reste à étudier le degré de fréquence de la folie à double forme selon les sexes, les âges et relativement aux autres formes de la folie.

Quant à la première de ces questions, c'est-à-dire le degré de fréquence selon les sexes, Falret père affirme que la folie à double forme est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Il fonde cette affirmation sur une comparaison des malades de la Salpêtrière avec ceux de Bicêtre, sans pouvoir toutefois préciser à cet égard aucun chiffre exact. « Cependant, dans notre établissement, ajoute-t-il, sur quatre malades qui en sont atteints en ce moment, il y a trois femmes et un seul homme[1]. »

M. Ach. Foville[2], en son tableau des malades de la maison de Charenton, établi en 1872, inscrit dix-neuf cas de folie à double forme, dont cinq hommes et quatorze femmes. Dans le même établissement, la statistique nous donne, pour le 1er janvier 1880, sept cas de folie à double forme, dont un chez les hommes et six chez les femmes.

Tous ces chiffres confirment l'assertion de Falret père,

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1853-1854, p. 398.

[2] Art. *Folie* (*nomenclature et classification*) du *Nouveau Dict. de méd.*, t. XV, p. 261.

que la folie à double forme est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Quant à l'âge, les faits démontrent que la maladie se développe très souvent dès la puberté ; de nombreuses observations rapportent l'histoire de malades de vingt à trente ans ; extrêmement rares sont ceux qui sont atteints pour la première fois de cette affection à un âge plus avancé.

La folie à double forme, en tant qu'espèce morbide bien définie, n'étant pas encore acceptée par la généralité des médecins aliénistes, on ne trouve dans les rapports médicaux annuels de ces praticiens que peu de renseignements statistiques sur le degré de fréquence de cette forme de folie. Sur cinq cent cinquante-neuf malades de la maison nationale de Charenton, M. Ach. Foville, dans le tableau statistique dont nous avons parlé plus haut, donne dix-neuf cas de folie à double forme, c'est-à-dire 3,40 p. 100. — Dans son rapport médical sur l'hospice de Marsens (Suisse), M. Girard de Cailleux constate que sur les soixante-quinze malades de cet établissement il n'y en a qu'un seul atteint de folie à double forme, ce qui donne la proportion de 1,26 p. 100.

Quoi qu'il en soit de ces divers chiffres, nous sommes convaincu, avec Falret père, que cette maladie est beaucoup plus fréquente qu'on n'est porté à le croire. Que de médecins font figurer ceux qui en sont atteints, tantôt parmi les maniaques, tantôt parmi les mélancoliques ! De plus, comme cette forme de folie, dans les deux périodes qui la constituent, ne présente pas toujours un très grand degré d'intensité, il arrive que des malades de ce genre ne sont pas nécessairement placés dans des établissements spéciaux. Il n'est pas rare en effet, de ren-

contrer dans la société des personnes qui, durant une semaine, un mois, une saison même, semblent sous l'empire d'une légère exaltation, et qui, la semaine, le mois, la saison qui suivent, tombent dans un état de dépression paraissant être comme une réaction de l'état précédent.

CHAPITRE VIII

DE LA FOLIE PARALYTIQUE A DOUBLE FORME OU FOLIE PARALYTIQUE CIRCULAIRE. — FOLIE A DOUBLE FORME ET ATAXIE LOCOMOTRICE.

1° *Folie paralytique à double forme.*

On a pu voir, dans les chapitres précédents, que la folie à double forme, surtout dans la période d'excitation, présente parfois certains caractères de la paralysie générale, avec laquelle il est facile alors de la confondre. Cette erreur provient, dans ces cas, de ce que le délire des grandeurs de la période d'excitation a quelque analogie avec celui de la folie paralytique et qu'il peut même se trouver associé à un léger embaras de la parole, à des phénomènes congestifs, etc. Mais il y a plus ; dans la paralysie générale confirmée, les symptômes psychiques se présentent quelquefois sous la forme circulaire. On voit alors se succéder de véritables périodes de dépression mélancolique ou hypochondriaque, et d'excitation avec délire ambitieux.

On trouve des exemples de cette évolution des symptômes psychiques de la paralysie générale dans les pre-

miers auteurs qui ont écrit sur cette maladie. Ainsi Bayle en cite quelques observations[1]; M. Calmeil en donne aussi plusieurs dans les riches collections de faits qu'il a publiées[2]. Mais l'attention ne s'est portée réellement sur cette question que depuis que MM. Baillarger et Falret ont, grâce à leurs travaux, constitué la nouvelle espèce morbide et fait connaître ses symptômes et sa marche.

C'est dans la discussion qui eut lieu à la Société médico-psychologique sur cette importante question de la paralysie générale, que l'attention fut appelée pour la première fois sur le type circulaire que peuvent présenter les symptômes psychiques de cette affection[3]. MM. Baillarger, Brierre de Boismont, Pinel neveu, firent tour à tour ressortir l'importance de cette alternance de l'excitation et de la dépression dans la folie paralytique, en donnèrent la description et en citèrent des exemples. M. Brierre de Boismont en indique même la fréquence; d'après lui, sur cent cas de paralysie générale, la double forme se serait montrée très nettement douze fois, mais à des degrés plus ou moins prononcés.

M. Geoffroy, en sa thèse sur la folie à double forme, n'a pas manqué de parler de cette sorte de relation qui existe entre la maladie qui fait le sujet de son travail et la paralysie générale, et en donne plusieurs exemples. Depuis lors, des faits nombreux ont été publiés; nous citerons particulièrement ceux qui se trouvent dans le travail de M. le Dr Fabre (*Folie paralytique circulaire*, in *Ann. méd. psych.*

[1] *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, Paris, 1826. Passim.

[2] *De la paralysie considérée chez les aliénés*, Paris, 1826, et *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859. Passim.

[3] *Annales médico-psychologiques*, 1858 et 1859, 3e série, t. IV et V.

mars 1874), et dans celui de M. le Dr Espiau de Lamaëstre *(De la paralysie générale à double forme*, in Compte rendu sténographique du Congrès international de médecine mentale de 1878).

Avant de donner les caractères de cette variété de paralysie générale, il y a utilité à reproduire d'abord les faits.

Observation LXIV [1].

Sommaire. — *Paralysie générale à type circulaire. — Période d'excitation avec idées de grandeurs et de richesses. — Période de dépression avec idées hypochondriaques.*

J... (Philippe-Louis), tailleur sur cristaux, quarante-cinq ans, est entré à l'asile de Vaucluse, le 14 mai 1872.

Le certificat délivré à la préfecture par M. Lasègue porte : « Manie chronique avec léger embarras de la parole, incohérence, habitudes bizarres ; arrêté pour vol de fleurs dans un cimetière. »

A Sainte-Anne où il est envoyé le 7 mai, M. Magnan diagnostique une paralysie générale avec idées de satisfaction, conscience incomplète de ses actes, hésitation de la parole, inégalité pupillaire.

Le 15 mai suivant, au moment de son entrée à Vaucluse, M. Billod confirme ce diagnostic dans le certificat suivant :

« Etat mental caractérisé par un affaiblissement des facultés intellectuelles avec symptômes physiques de paralysie générale, mais sans délire actuellement appréciable. Le malade parle avec emphase de ses aptitudes professionnelles et de la prospérité de ses affaires, mais il ne semble pas exagérer cette dernière, car il évalue de 1,000 à 1,200 francs le chiffre des bénéfices qu'il réalise chaque année. »

[1] Dr Fabre, *Folie paralytique circulaire*, in *Ann. méd.-psych.*, 1874, t. XI, p. 198.

Le 16 mai, en même temps que je constate un affaiblissement très marqué de la mémoire, en ce qui concerne plus spécialement les faits récents, je note aussi quelques idées hypochondriaques.

J... croit être depuis plus de quinze jours dans l'établissement ; il prétend avoir eu la jambe fracturée il y a moins d'un mois, tandis que le malade est à Vaucluse seulement depuis la veille et qu'on ne trouve aucune trace de la lésion dont il se plaint.

A ce moment, il se trouvait dans une phase de dépression, qui, au bout de quelques jours, était subitement remplacée par une phase d'excitation pendant laquelle il criait, chantait, se plaignait sans cesse et manifestait des idées de grandeurs et de richesses. Par moments, l'agitation était telle qu'on était obligé d'employer la camisole.

Le 7 septembre, cette phase d'agitation cesse brusquement et je note à cette époque les particularités suivantes : J... affecte de ne pouvoir parler, il s'exprime à voix basse et se plaint d'avoir contracté une fluxion de poitrine ; — on lui vole sa tisane, il est médecin et va se soigner ; — le chef de quartier lui a volé ses souliers, ses cheveux ; c'est aussi lui qui l'empêche de parler.

Le malade devient peu à peu de plus en plus déprimé ; il est triste, immobile, ne parle pas, même quand on l'interroge, et ne mange que lorsqu'il y est forcé. Cet état se prolonge jusque vers la fin du mois de mai 1873. A cette époque, survient une nouvelle phase d'agitation, mais en même temps on observe de l'œdème à la face et aux extrémités inférieures et d'autres signes d'un affaiblissement physique progressif.

Le 5 août, le malade est de nouveau déprimé, l'affaiblissement progresse chaque jour ; enfin il s'alite le 12 août ; l'amaigrissement augmente et il succombe le 30 du même mois aux progrès de la paralysie générale.

Remarques. — Les symptômes psychiques de ce cas de paralysie générale présentent bien le type circulaire. Le malade parcourt le cercle trois fois ; il commence, ou

plutôt on l'observe pour la première fois, quand il commence une période d'excitation ; celle-ci semble durer une quinzaine de jours, une courte période de dépression lui succède. Le cercle suivant s'élargit : la période d'excitation dure en effet plus d'un mois et la période de dépression, près de huit mois. Il n'en est plus de même du dernier, qui se termine par la mort.

Nous ferons remarquer que la passage de l'excitation à la dépression; et réciproquement, se fait d'une façon brusque ; enfin, il n'est pas inutile de noter que si la période d'excitation est caractérisée par des idées de grandeurs et de richesses, celle de dépression l'est surtout par des idées hypochondriaques.

Observation LXV[1].

Sommaire. — *Paralysie générale à type circulaire. — Période dépressive d'une durée de trois mois. — Période d'excitation de quatre mois de durée.*

M. D..., banquier, célibataire, âgé de trente-quatre ans, a mené une vie active, également partagée entre les plaisirs et des travaux intellectuels excessifs. Il n'existe chez lui aucune des manifestations ordinaires de la syphilis, bien qu'il croie avoir eu des accidents vénériens, et une salivation mercurielle sous l'influence de traitement.

Il y a un an environ, apparurent les phénomènes initiaux d'une paralysie générale consistant en : céphalalgies fréquentes, changement de caractère et d'habitudes, variabilité d'humeur, tenue moins recherchée, propos plus libres, écriture moins ferme, oubli des heures et des dates, et finalement spéculations hasardeuses qui l'ont rapidement conduit à la faillite.

[1] Espiau de Lamaëstre, *Loc. cit.*, in *Compte rendu du Congrès de médecine mentale*, p. 133.

Après quelques voyages, vainement entrepris pour enrayer les progrès du mal, M. D... passe six semaines à la maison de santé de Saint-James; il est, de là, transféré à Sainte-Anne; il nous arrive enfin, le 11 novembre 1877, après quelques jours passés dans cet asile.

Le malade se présente, à son entrée, dans un état voisin de la rémission.

Les seuls phénomènes observés sont : du côté physique, une légère hésitation de la parole avec tremblement des mains, et, du côté intellectuel, un certain degré d'affaiblissement de la mémoire, avec idées expansives, mais sans délire appréciable.

Cet état satisfaisant se maintient pendant un mois environ. Durant cette période, le malade se trouve assez bien pour qu'à un moment la question de sortie ait pu être agitée.

Dans les premiers jours de décembre, M. D... cesse d'être aussi expansif; il devient triste, taciturne, mange moins, marche très peu, parle à peine. Le 6 décembre, il se plaint de « mal à l'estomac », refuse toute nourriture et prend le lit. A la visite du lendemain, on constate l'embarras gastrique mêlé à de la constipation et de la rétention d'urine. Sous l'influence de purgatifs répétés, ces phénomènes de malaise ne tardent pas à disparaître, mais le malade ne fait aucun effort pour se remettre.

Il reste abattu, déprimé, parle d'une voix dolente, ne mange pas, refuse de se lever, et souffre qu'on le sonde tous les jours, affirmant qu'il lui est complètement impossible d'uriner seul.

La persistance de ces phénomènes anormaux ne tarde pas à révéler l'existence d'un véritable délire dépressif, avec prédominance d'idées hypochondriaques.

Ce délire et cette dépression s'accentuent de plus en plus les jours suivants. On force le malade à se lever, à manger, à accomplir seul les divers actes d'excrétion; mais il résiste, ou plutôt il a perdu toute initiative, ne cède qu'à la menace. Il reste assis toute la journée, abattu, sans jamais rien faire; il ne parle que très peu, à voix basse et seulement pour se

plaindre; il reçoit ses visiteurs, même les plus chers, avec indifférence, sans plaisir. En même temps, et c'est là ce qui domine chez lui, il accuse toutes sortes de maladies. Tantôt c'est son urètre et son rectum qui sont engorgés et ne lui permettent plus d'uriner ni d'aller à la selle.

Un jour, il a une hernie; un autre jour, les épaules plus élevées que la tête; quelquefois, il ne peut parler; d'autres fois, il lui est impossible de marcher, il a un œil plus gros que l'autre, des douleurs dans tout le corps, etc.

Chaque jour amène son idée délirante et sa maladie nouvelle.

L'état physique a marché de pair avec l'état intellectuel. Les pupilles avaient été jusqu'alors sensiblement égales; à partir de ce moment, il survient une inégalité de plus en plus prononcée en faveur de la gauche.

La parole, à peine hésitante au début, est devenue visiblement embarrassée, les jambes sont faibles, le malade a maigri; l'état général, peu satisfaisant, nécessite l'emploi des toniques. Un jour, un malade le frappe sur l'œil gauche, en se retournant par inadvertance; il survient aussitôt un œdème de la paupière, qui ne se résorbe que lentement, et laisse à sa suite une *blépharoptose* qui met plus d'un mois à disparaître.

Cet état de dépression profonde dure jusqu'aux premiers jours de mars, trois mois environ.

A ce moment, on constate qu'il s'opère une modification chez le malade, tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel.

M. D... mange mieux; il fait plus d'exercice, il n'accuse plus de maladies extraordinaires et se plaint à peine encore de quelques douleurs dans les jambes.

Bientôt, sa voix est plus forte, il devient loquace, bavard, gesticule en parlant, son sommeil est agité, son regard s'anime, il s'échauffe, ne tient pas en place, s'accroche aux personnes, trouve sa nourriture insuffisante, réclame à tort et à travers, et commence à écrire fièvreusement pendant le jour. Bref, le 24 mars, on est tout surpris à la visite d'entendre M. D... parler de sa force prodigieuse sur le *cornet à pistons*,

et se vanter d'avoir autrefois exécuté un solo sur cet instrument, devant trente évêques crossés et mitrés. En même temps, il nous remet une lettre dans laquelle, racontant sa généalogie, il parle d'un de ses aïeux, ami de Robespierre, qui a sauvé de l'échafaud quatre-vingts paysans condamnés à mort par le tribunal révolutionnaire.

Il s'est opéré, à n'en pas douter, une modification profonde dans l'état de notre malade.

La dépression a fait place à l'excitation maniaque ; au délire triste a succédé le délire expansif.

Ces phénomènes s'accentuent de jour en jour ; bientôt l'agitation est à son comble, et les mots de milliards, si fréquents dans la bouche des paralytiques mégalomanes, ne tardent pas à être prononcés.

M. D... adresse lettres sur lettres à tous les grands d'Europe ; il va être conseiller général, député de Paris, ministre des finances ; bref, il est atteint d'un délire des grandeurs des mieux caractérisés.

L'agitation augmente avec le délire.

Elle est bientôt tellement violente que, le 26 mars, on change le malade de quartier et on lui met la camisole.

Le 29 mars, M. D... a une attaque et tombe. Cette attaque, de courte durée et sans mouvements convulsifs, a pu être attribuée à un état syncopal, résultat d'une excitation aussi violente. L'état général s'aggrave ; le malade reste couché ; sa pupille gauche est dilatée, sa voix inintelligible, sa gorge sèche ; ses lèvres fuligineuses se couvrent d'un enduit noirâtre.

Peu à peu, cependant, l'agitation devient moins vive : M. D... se lève, on lui ôte la camisole, il mange assez bien, mais il reste très faible, ses jambes flageolent, il a une marche d'ataxique.

Le 10 avril, l'état général semble s'être un peu amélioré. L'agitation est très violente par instants ; le délire des grandeurs persiste, la parole est un peu plus compréhensible ; ce sont toujours les mots de *milliards* qui reviennent, le malade doit nous distribuer des sommes colossales.

Aujourd'hui, 1er juillet, le délire des grandeurs existe encore,

quoique moins accentué que dans les derniers temps; le malade est calme et même un peu déprimé.

Nous ne serions pas surpris de le voir bientôt retomber dans la période mélancolique et hypochondriaque du début.

Remarques. — Dans cette observation de M. Espiau de Lamaëstre, le malade, après avoir traversé une courte phase de quasi-rémission, a présenté une nouvelle aggravation de son état. Les symptômes psychiques de son affection ont alors pris la forme circulaire; le premier accès observé a débuté par la période de dépression, qui a duré trois mois; quant à la durée de la période d'excitation, elle a été de quatre mois, et, au moment où s'arrête l'observation, c'est-à-dire au 1er juillet 1878, le malade semble commencer un nouvel accès, en présentant des symptômes mélancoliques.

Comme dans le cas précédent, ce sont surtout des manifestations hypochondriaques qui prédominent pendant la dépression; quant à la période d'agitation, elle ressemble en tout à ce que l'on est accoutumé à observer dans la paralysie générale à forme expansive.

Observation LXVI [1].

Sommaire. — *Paralysie générale à type circulaire. — Période de dépression d'une durée de six mois avec idées hypochondriaques. — Période d'excitation avec délire des grandeurs.*

M. D..., trente-huit ans, tapissier, venant de la maison Dubois, entré à l'asile de Ville-Evrard le 25 décembre 1877.

Je constate qu'il est atteint de démence paralytique, avec

[1] Espiau de Lamaëstre, *Loc. cit.*, in *Compte rendu du Congrès de médecine mentale,* p. 135.

hémiplégie droite incomplète, hésitation dans la parole, dépression et conceptions hypochondriaques diverses.

M. D... reste près de six mois dans cette période, caractérisée physiquement par de la dépression, et au point de vue du délire, par les idées hypochondriaques les plus manifestes.

Il accuse toutes sortes de maladies.

Tantôt, il se croit atteint d'une affection incurable de la vessie, son urine est verte et nauséabonde. Tantôt, son estomac est complètement bouché et se refuse à laisser passer les aliments ; d'autres fois, sa gorge est tellement tuméfiée qu'il ne peut, dit-il, ni respirer ni avaler.

Sous l'influence de ces idées délirantes, le malade refuse toute nourriture, affirmant qu'il lui est impossible de manger; on est obligé d'employer chaque fois la menace et la force pour le contraindre à prendre quelques aliments.

Avril. — Le délire prend des proportions encore plus grandes. M. D... se croit mort ; il se couche à terre et reste étendu toute la journée sans faire aucun mouvement. Il est très amaigri ; son haleine est fétide.

Mai. — Il survient un ptyalisme tellement abondant, qu'au bout de quelques jours le malade, absolument épuisé et se nourrissant fort peu, paraît prêt à succomber.

Juin. — Tout à coup, au moment même où l'issue fatale semblait le plus à craindre, la maladie change subitement d'allure; le délire hypochondriaque et la dépression disparaissent pour faire place aux idées de richesse et à l'excitation.

M. D... qui, la veille encore, refusait toute nourriture, se met tout à coup à manger avec une voracité et une rapidité vraiment effrayantes. Son attitude est des plus gaies, il devient loquace, expansif, et montre à chaque instant ses bras, affirmant qu'il est doué d'une force physique prodigieuse et qu'il assommerait un bœuf d'un coup de poing.

La mégalomanie ne tarde pas à survenir. M. D... est baron, il va être décoré ; l'asile lui appartient ; il va faire construire d'immenses écuries, des basses-cours, des jardins, des fermes importantes ; il se dispose à faire un voyage en Italie ; il est

propriétaire et rédacteur des plus grands journaux et il possède des millions, etc.

Juillet. — M. D... est tellement agité que l'usage de la camisole est rendu nécessaire. Les pupilles sont inégales et dilatées, l'embarras de la parole augmente au point de rendre presque incompréhensibles les discours du malade et la nature de ses divagations orgueilleuses.

Remarques. — La période dépressive traversée par ce malade présente quelques particularités intéressantes à étudier. Il faut noter d'abord l'abondant ptyalisme, phénomène qui s'observe, ainsi qu'on l'a vu plus haut, dans la période mélancolique avec stupeur de la folie à double forme; puis ce refus des aliments amenant le marasme et presque la mort du malade, lorsque, subitement et sans transition, se produit la période d'excitation qui amène, au point de vue physique et mental, des symptômes complètement opposés à ceux de la phase précédente.

Observation LXVII[1].

Sommaire. — *Paralysie générale à type circulaire. — Alternatives d'excitation et de dépression. — Prédominance des idées hypochondriaques pendant la période de dépression.*

M... (Théophile-Jean-Baptiste), fondeur en cuivre, quarante-trois ans, est entré à l'asile de Ville-Evrard, le 27 avril 1870, dans un état d'excitation maniaque consécutive à des accès alcooliques.

Le certificat de quinzaine, délivré par M. Dagron le 11 mai suivant, porte :

« Excitation maniaque, par suite d'excès alcooliques, confusion extrême dans les idées ; tremblement de la langue et des mains; excitation avec de l'affaissement, quelques idées de

[1] Dr Fabre, *Loc. cit.*, in *Ann. méd.-psych.*, no de mars 1874, p. 201.

satisfaction, qui pourraient faire craindre une paralysie générale au début. »

Conduit à l'asile de Vaucluse au moment de l'investissement de Paris, ce malade est soumis à notre observation, et la paralysie générale ne tarde pas à se confirmer, affectant une marche caractérisée, ainsi que l'indique le certificat de M. Dagron, par des alternatives d'excitation et de dépression.

Je copie dans mes notes quotidiennes ce qu'il me paraît important de signaler en ce qui concerne ce malade.

8 juin 1872. — Pendant la phase d'agitation qui vient de se terminer et dont la durée a été assez longue, le malade a perdu beaucoup de ses forces, il s'est fortement amaigri, il crachait au visage de tous ceux qui l'entouraient, il criait et menaçait sans cesse ; son agitation était telle qu'elle nécessitait l'emploi de la cellule ou de la camisole de force, il était en outre continuellement malpropre.

Depuis quelques jours, M... est calme, il ne crie plus, il a cessé de cracher sur ceux qui l'entourent, et aujourd'hui, à la visite, il semble reconnaissant et distribue des poignées de mains à tous les employés du service médical qui accompagnent le directeur dans sa visite.

22 août. — Le malade, qui est dans une phase dépressive de la paralysie générale, a repris de l'embonpoint, son appétit est excellent, son état physique s'est amélioré, mais il se plaint sans cesse d'être malade et il réclame des tisanes et autres prescriptions pharmaceutiques.

27 août. — La phase dépressive continue, M... demande du vin de quinquina, de la salsepareille; il dit avoir la vérole; il prétend avoir la vessie pourrie ; il accuse de cette infection des filles qui, suivant lui, étaient encore couchées dans son lit la nuit dernière.

17 octobre. — M... recommence à s'exciter, il dit que Cécile, Anna et les autres carcasses l'ont désossé ; il n'a plus d'os, mais on lui a replacé une vessie et des boyaux neufs.

14 février 1873. — M... est déprimé, il est continuellement alité, il ne parle presque plus, et c'est à peine si on peut lui faire avaler quelque peu de pain trempé dans du vin.

La nutrition offre des troubles qui se traduisent par un amaigrissement aussi rapide que prononcé, et par l'apparition sur la face dorsale des deux mains, mais plus particulièrement sur celle de la main gauche, de phlyctènes, au-dessous desquelles le tégument et les parties molles sous-jacentes sont profondément gangrenés. Le malade se plaint toujours d'avoir la vessie pourrie, ce dont il accuse des filles de mauvaise vie, et il demande encore de la tisane de salsepareille.

A partir de ce moment, l'affaiblissement progresse jusqu'au 26 du même mois, date à laquelle il meurt après avoir présenté, quelques jours auparavant, comme une dernière lueur intellectuelle, en même temps qu'il recommençait à prendre quelques aliments.

Remarques. — Cette observation de M. Fabre, moins complète que les précédentes, nous offre néanmoins deux fois, avec les symptômes identiques, l'alternance de la dépression et de l'excitation, depuis le mois de juin 1872 jusqu'à la fin du mois de février 1873, époque de la mort. Les certificats médicaux donnent à entendre que cette alternance a déjà existé antérieurement à la première de ces deux dates.

Quant aux symptômes, on constate les idées hypochondriaques pendant la période dépressive et, pendant celle d'excitation, un véritable délire maniaque.

Observation LXVIII [1].

Sommaire. — *Paralysie générale à type circulaire. — Période d'excitation avec idées de grandeurs et de richesses. – Période de dépression avec état mélancolique simple.*

L... (Jean-Baptiste), boulanger, quarante-deux ans, est entré dans l'établissement le 11 juillet 1872.

[1] Dr Fabre, *Loc. cit.*, p. 203.

Le certifiat de M. Lasègue, en date du 8 juillet, porte : « Manie subaiguë, prédominance d'idées philosophiques et sociales. Missions divines, réformations, incohérence. Antécédents inconnus. »

Le 9 juillet, M. Magnan diagnostique « une légère excitation avec hallucinations et troubles de la sensibilité générale: on lui fait subir des expériences, on lui parle, on lui transmet des dépêches, Dieu lui donne des inspirations. »

Au moment de son entrée à Vaucluse, d'après le certificat de M. Billod, il était dans un état d'excitation maniaque avec trouble général dans les idées.

Aussi, lors de son arrivée à Vaucluse, L... n'avait présenté aucun des symptômes de la paralysie générale à laquelle il devait succomber.

Le 10 août, sous l'influence de l'administration de la teinture de digitale (quarante gouttes dans un julep), le malade est un peu plus calme, il fait du bruit pendant la nuit, il frappe soit sur son lit, soit sur le mur qui est à sa portée. — Constipation opiniâtre.

14 août. — L'agitation qui avait un peu diminué sous l'influence de la digitale, a reparu aussi intense qu'auparavant dès qu'on a cessé l'administration du médicament.

Le 6 septembre, on commence à noter quelques symptômes physiques et intellectuels de paralysie générale : embarras de la parole, délire de grandeurs et de richesses, troubles de la motilité, etc.

L'agitation persiste ; rien ne peut la calmer ; la digitale, qui avait réussi précédemment, est aussi impuissante que les autres moyens employés.

Sous l'influence d'un séjour prolongé au lit et du contact fréquemment répété des matières fécales, il s'est formé au niveau du sacrum une eschare très étendue.

Le malade, voulant se faire examiner par le chirurgien de l'asile, prend la sœur de service par le bras et la met brutalement à la porte, et se met en posture pour montrer la région malade.

L'examen terminé, comme la religieuse se disposait à ren-

trer dans le dortoir, il se précipite sur elle et lui mord violemment la main.

Le 1er octobre, l'eschare s'est détachée ; il en résulte une plaie irrégulièrement circulaire qui n'a pas moins de quinze centimètres de diamètre. Les surfaces osseuses sont dénudées, l'analgésie est complète ; le malade, qui est toujours agité, se livre, malgré l'emploi des moyens contentifs, aux mouvements les plus désordonnés et ne semble ressentir aucune douleur des frottements qu'il exerce sur la surface de la vaste plaie dont il est porteur.

Il se dit puissamment riche, il possède des propriétés et des châteaux dans toutes les parties du monde. Il attribue aux autres malades le bruit qu'il fait ; il se plaint surtout d'un de ses camarades qui, suivant lui, l'empêche de dormir, qui crie, qui est toqué, et qui est atteint d'aliénation tremens.

Le 30 octobre, L... est levé, il est calme, il ne parle pas, il est triste et déprimé. La plaie de la région s'est comblée rapidement et on peut la considérer comme entièrement guérie. L'état physique s'améliore.

Le 28 novembre, l'agitation reparaît, le malade se frotte la région sacrée contre la paroi du mur de la cellule qu'il habite et se procure ainsi une plaie presque aussi étendue que celle qu'il portait précédemment. L'analgésie est encore notée.

Les troubles physiques et psychiques de la paralysie générale acquièrent une nouvelle intensité.

Cet état se prolonge jusqu'à la fin du mois de décembre, époque où la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

Le calme et la dépression reparaissent pendant un mois environ, puis le malade employant la même manœuvre que précédemment, la plaie se reforme au début d'un nouvel accès d'agitation. La mort survient après des alternatives semblables, le 26 mai 1873.

Remarques. — Cette observation est intéressante à plus d'un titre. D'abord, comme l'auteur lui-même le fait remarquer, « le malade n'a présenté des symptômes de paralysie générale que plusieurs mois après son entrée

dans l'établissement, et par conséquent dans le cours d'une aliénation mentale dont nous ignorons l'époque d'invasion ». Dès l'invasion des symptômes de la paralysie générale, les troubles psychiques prirent la forme circulaire; les périodes alternantes d'excitation et de dépression ont généralement été d'une durée d'un mois. Remarquons aussi que la phase dépressive est toujours survenue vers la fin de la période de suppuration et de réparation d'une plaie.

Observation LXIX [1].

Sommaire. — *Paralysie générale à forme circulaire. — Période de dépression caractérisée par de la stupeur. — Période d'excitation avec idées de grandeurs et de richesses.*

B... (Alexandrine), modiste, trente ans, est entrée dans l'établissement le 29 novembre 1872, sans avoir présenté jusqu'à ce moment aucun symptôme de paralysie générale, ainsi qu'il ressort des certificats médicaux qui ont justifié sa séquestration.

En effet, conduite à la préfecture de police, M. Legrand du Saulle diagnostique : « Un délire mélancolique, avec idées de persécution et craintes d'empoisonnement, appréhensions sinistres, cris, terreurs, refus d'aliments, extravagances. »

Le 25 novembre, M. Bouchereau ajoute les renseignements suivants : « Stupeur mélancolique, refus de parler, de manger, attitude inquiète, effrayée, état saburral des voies digestives. »

Le 29 novembre, au moment de son entrée à Vaucluse, M. Billod certifie : « Qu'elle est dans un état d'aliénation mentale caractérisé par un délire mélancolique avec stupeur, mutisme et hallucinations probables. » Cette phase dépressive, dans laquelle se trouvait la malade au moment de son entrée, dure jusqu'à la fin du mois de mars 1873.

[1] Dr Fabre, *Loc. cit.*, p. 205.

Pour répondre aux indications tirées de l'état de stupeur et d'anémie dans laquelle elle se trouvait, un traitement par les amers, les ferrugineux et l'hydrothérapie avait été institué au commencement de février.

Le 29 mars, à la visite, je note les observations suivantes : B..., qui était, depuis le moment de son entrée, dans un état de stupeur, semble entrer dans une nouvelle phase ; elle va et vient, tandis qu'auparavant elle était toujours immobile dans un coin de la salle de réunion ; elle mange sans qu'on soit obligé de l'y forcer ; elle est propre, s'occupe avec soin de sa toilette, demande des savons parfumés, des pommades odorantes ; elle promet à la religieuse et aux infirmières du service des robes de soie, des dîners fins, des voitures et des promenades au bois de Boulogne ; on constate également chez elle un embarras de la parole et une inégalité pupillaire, symptômes d'une paralysie générale à double phase dont la période dépressive viendrait de faire place à une période expansive.

13 juin. — La phase d'excitation continue. B... est insupportable, elle tourmente les autres malades du service, elle est sans cesse en mouvement, elle se précipite avec voracité sur les aliments qu'elle voit à sa portée, tandis que, dans la phase précédente, on était souvent obligé de la faire manger avec la bouche d'argent. Elle ne parle que de ses belles toilettes, de son riche mobilier, de ses chevaux et de ses parties de plaisir.

Le 13 août, l'agitation ne fait que s'accroître, elle parle et crie le jour comme la nuit, elle se lève de son lit, éteint le gaz, va réveiller ses compagnes et se livre à une foule d'actes complètement désordonnés.

Tandis que, dans la période de dépression qui a précédé, B... était atteinte d'un délire mélancolique avec prédominance d'idées de ruine et de persécutions, aujourd'hui, pendant la phase d'agitation qu'elle traverse, elle manifeste des idées de grandeurs et de richesses. Elle s'intitule Dieu, puis la sainte Vierge, et elle ajoute : « Vous ne voudriez pas faire du mal à une personne aussi vénérable ».

Cet état d'excitation s'est prolongé jusque vers la fin du mois de septembre, et au moment où j'écris, B... redevient déprimée, sans présenter cependant des signes bien caractéristiques de stupeur; ses idées de grandeurs et de richesses vont s'affaiblissant; elle présente en outre, comme au moment de son passage à Sainte-Anne, des troubles gastriques et intestinaux; l'appétit est diminué, elle est presque continuellement constipée, se plaint d'être malade et d'avoir été empoisonnée.

Remarques. — Dans ce fait, les symptômes de la paralysie générale passent inaperçus pendant la période de stupeur, et ne se manifestent à l'observation que lorsqu'éclate la période d'excitation. Au moment où s'arrête l'observation, on assiste au début d'une nouvelle période de dépression.

Observation LXX [1].

Sommaire. — *Paralysie générale à type circulaire. — Rémission incomplète après quatre mois d'une période d'excitation. — Courtes alternances d'excitation et de dépression.*

M. Soul... (Achille), cinquante et un ans, capitaine en retraite, a séjourné quelque temps en Afrique, où il s'est probablement livré à des excès alcooliques.

La maladie mentale dont il est atteint remonte aux premiers mois de l'année 1877. Son invasion lente et progressive a été marquée par les phénomènes prodromiques ordinaires d'une paralysie générale. Le symptôme le plus saillant a consisté dans une excessive prodigalité peu en rapport avec la position de fortune et le caractère habituel du malade, qui s'est mis à acheter des chevaux de luxe et à faire exécuter de grands travaux de construction.

[1] Espiau de Lamaëstre, *Loc. cit.*, p. 135.

Trouvé errant dans la campagne, dans le courant du mois de mars, il est envoyé à Sainte-Anne, d'où il nous arrive le 3 avril 1877.

Il se présente à son entrée, avec les symptômes suivants :

Dans l'ordre physique, *hésitation de la parole* et *inégalité des pupilles ;* dans l'ordre intellectuel, *des idées de satisfaction* et *affaiblissement marqué de la mémoire.*

Il entre presque aussitôt dans une période de délire expansif accompagné d'une excitation physique considérable.

Tout d'abord, il est pris d'un besoin exagéré d'activité. Il va, vient, se promène à grands pas, exécute des mouvements désordonnés et fait plusieurs tentatives d'évasion qui nécessitent une surveillance spéciale.

La parole s'embarrasse de plus en plus ; le frémissement des lèvres devient très marqué.

En même temps, les idées de satisfaction s'exagèrent. M. S... est bien portant, bien bâti, très robuste, très fort en gymnastique ; bientôt, cela ne lui suffit plus, et il se met à parler de son immense fortune, de ses écuries, de ses propriétés, de ses campagnes militaires, des grands travaux qu'il se propose d'entreprendre.

Cette période, qui a une durée d'environ quatre mois, est suivie d'une rémission incomplète caractérisée par la cessation du délire, avec persistance de l'inégalité des pupilles et de l'embarras de la parole.

Mais à dater du mois de décembre, il s'opère chez notre malade une modification notable : son humeur devient inégale, brusquement variable, et bientôt il se trouve soumis à des alternatives de gaieté expansive et d'abattement profond qui attirent l'attention sur lui. Certains jours, M. S... nous aborde en souriant pour nous parler de ses étalons, de ses tramways, de Dieu, de son château de l'Elysée ; d'autres jours, il reste sombre et abattu dans un coin, sans tourner la tête, sans parler à personne ; et si par hasard on l'interroge, il répond d'un air lamentable qu'il est très malheureux, qu'il n'a pas le sou, qu'il mène une vie misérable et qu'il est désespéré.

Le délire des grandeurs et le délire triste se manifestent souvent dans la même journée, à la même heure ; quelquefois, ils coexistent. Ainsi, à l'heure actuelle, M. S... est Dieu, sénateur, ministre, époux de la sainte Vierge, il remue les milliards à la pelle et les distribue à pleines mains ; dans un instant, il va nous dire qu'il est vieux, laid, pauvre comme Job, et qu'il ne lui reste plus qu'à se laisser mourir.

Au reste, nous ne pouvons mieux faire, pour montrer cette coexistence des deux délires chez notre malade, que de transcrire ici quelques-unes de ses lettres, pour la plupart adressées à Dieu :

1° « A mon Dieu bien aimé et bien affectionné, au château de l'Elysée dont je suis le propriétaire et sénateur à vie et propriétaire du *Figaro*, ministre de la guerre et ministre des finances.

« Mon cher Dieu,

« Envoyez-moi mon cheval aujourd'hui. Ce drôle et ce misérable étalon est venu me conduire à Ville-Evrard, et j'avais été porté tout nu dans ma chambre.

« Il paraît que vous avez tout pris.

« Avez-vous l'intention de me laisser ici ?

« Je vous préviens que j'ai l'intention d'en finir avec la vie misérable que je mène ici.

« Vous m'avez fait si laid, si vieux, que vous ne m'aimez plus, je le vois bien, *aussi j'aime mieux mourir*.

« ACHILLE,

« Le pauvre homme qui n'a plus de considération ni d'intelligence. »

2° « Mon cher et honoré bon Dieu,

« Si vous ne pouvez pas venir à midi, envoyez mon étalon tout de suite ; il viendra droit à Ville-Evrard et sonnera et

demandera M. Achille ; comme il est très intelligent, il me mènera de suite au château de l'Elysée.

« C'est encore l'étalon qui m'a conduit à Ville-Evrard. C'est un guignon dont je suis la victime.

« Je vous embrasse de tout mon cœur, mon cher Dieu.

« Toujours à Ville-Evrard, *je finirai par en mourir de chagrin* et toujours sans le sou.

« Ayez la bonté, mon Dieu, de me répondre tout de suite.

« ACHILLE. »

Cette idée d'en finir ave la vie, d'abord passagère, se fixe peu à peu, et domine entièrement le malade dans ses périodes de prostration ; bientôt, elle l'obsède au point que, le 12 mars, on le trouve pendu par sa cravate aux pieux d'une palissade.

On le détache presque aussitôt, et le lendemain il est redevenu gai, souriant, content de lui-même, et prêt à s'envoler au ciel sur son plus bel étalon.

L'état physique ne s'est pas sensiblement modifié ; la faiblesse musculaire, encore un peu prononcée, ne semble pas faire des progrès rapides, mais l'inégalité pupillaire persiste, l'embarras de la parole devient de plus en plus marqué.

Aujourd'hui, à la date du 30 mai, M. S... se trouve toujours sous le coup de son double délire.

Le plus souvent, il est expansif et parle avec ostentation de ses grandeurs ; d'autres fois, mais plus rarement, il est triste, abattu, garde le silence, et se plaint en termes si vifs de sa malheureuse situation, qu'une nouvelle tentative de suicide de sa part n'aurait pas droit de nous surprendre.

Remarques. — Ce fait diffère des précédents sur plus d'un point. Le malade, après une période d'excitation maniaque, a une courte phase de rémission incomplète, pendant laquelle il y a cessation de délire, mais persistance des symptômes somatiques ; puis seulement commencent des alternatives d'excitation et de dépression et même, à la fin, ces deux formes s'engrènent ensemble

jusqu'à se confondre ou plutôt à coexister, selon l'expression de l'auteur. Cette observation peut, jusqu'à un certain point, être rapprochée des faits de folie à double forme à type circulaire, dans lesquelles chacune des deux périodes est de très courte durée.

Observation LXXI[1].

Sommaire. — *Paralysie générale. — Période d'excitation avec délire des grandeurs et idées hypochondriaques. — Période de rémission avec absence d'idées délirantes. — Période de dépression avec idées hypochondriaques.*

O... (Alexandre), teinturier, est entré dans l'établissement le 11 juillet 1872.

Le certificat, délivré le 7 juillet à la préfecture de police par M. Legrand du Saulle, est ainsi conçu : « Excitation maniaque, idées de persécutions, contentement, vantardise, projets extravagants, pleurs faciles. Début de paralysie générale. Prévenu de vol et abus de confiance. »

M. Bouchereau diagnostique le 8 juillet : « Une paralysie générale, affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, délire ambitieux, incohérence, idées hypochondriaques, hésitation de la parole, pupilles inégales. »

M. Billod confirme ce diagnostic dans son certificat du 11 juillet, et ajoute en outre : « Que le malade est dans un état d'excitation maniaque, avec délire de grandeurs et de persécution. Il veut aller à Rome pour y chercher la cervelle de son père, qui a été fusillé en 1849 par ordre du pape et de l'empereur ; il veut aussi fusiller le pape. »

Le 13 juillet, O... se plaint d'être malade ; il est dans un état d'amaigrissement extraordinaire, les saillies musculaires ont disparu, sa faiblesse est extrême. Un traitement tonique (viande crue et vin de quinquina ferrugineux) est institué.

[1] Dr Fabre, *Loc. cit.*, p. 207.

Le 26 octobre, O... est visiblement amélioré au physique comme au moral, et ce malade, sous l'influence du traitement indiqué, a repris de l'embonpoint.

L'agitation s'est calmée entièrement ; il ne manifeste plus aucune idée délirante, il reconnaît même l'absurdité de ses conceptions maladives, il semble enfin se trouver dans une phase de rémission très complète de la paralysie générale pour laquelle il était entré dans l'établissement.

Toutefois l'inégalité pupillaire persiste, on constate en outre une amaurose à droite; le malade n'a pas conscience de son état et demande sa sortie.

26 juillet 1873. — Ce malade paraît entrer dans une nouvelle phase de la paralysie générale. Depuis quelque temps, il travaille aux services généraux; il jouit d'un embonpoint assez prononcé, eu égard à l'état de maigreur extrême dans lequel il se trouvait au moment de son entrée dans l'établissement ; cependant, il n'a plus, dit-il, la force ni le courage de travailler, et il formule diverses plaintes au sujet de sa santé, qui n'a peut-être jamais été aussi florissante. Il se plaint d'avoir la diarrhée, tandis que l'on constate que ses selles ne sont ni plus nombreuses, ni plus liquides que d'ordinaire. Il est triste, déprimé, ne parle que lorsqu'on l'interroge ; l'embarras de la parole est beaucoup plus prononcé.

17 août. — La dépression s'accentue chaque jour. O... se plaint de souffrir beaucoup de la tête.

Sa tristesse est tellement profonde et le malade paraît avoir des tendances si marquées au suicide, que M. Billod prescrit l'application d'un séton à la nuque.

Le 22 août, le malade paraît un peu moins déprimé, il est plus communicatif et se plaint moins souvent, mais cette amélioration, due sans doute au dérivatif employé, n'est malheureusement pas de longue durée.

18 septembre. — O... est alité depuis deux jours ; il ne veut pas se lever, il accuse des douleurs mal déterminées ; quelle que soit la partie du corps qu'on lui signale, il prétend y éprouver de vives souffrances.

4 octobre. — La dépression persiste et s'exagère en quelque sorte ; depuis quinze jours environ, O... est malpropre.

Le 6 octobre, le malade a eu une attaque congestive avec perte complète de connaissance, à la suite de laquelle on observe un strabisme convergent à gauche et une chute de la paupière supérieure du même côté, phénomènes qui n'avaient pas encore été notés.

Remarques. — Dans l'histoire de ce malade, on constate l'existence de trois périodes : au début, une phase d'agitation avec idées de grandeurs et idées hypochondriaques ; puis, une période de rémission ; enfin, une phase dépressive qui aboutit à une attaque congestive. L'observation s'arrête là ; peut-être aurait-il mieux valu attendre l'évolution ultérieure de la maladie, avant de conclure, ainsi que l'a fait M. Fabre, qu'il y a là comme une sorte de paralysie générale ou *folie paralytique à triple phase*, constituée par trois périodes se succédant dans l'ordre suivant : excitation, calme (rémission) et dépression. Cette conclusion paraît d'autant plus difficilement acceptable, que l'on ne connaît que la période moyenne de la maladie de O..., et que l'on ignore ses débuts et sa terminaison.

Les symptômes des phases de dépression et d'excitation ne présentent rien que l'on ne rencontre chez les malades des observations précédentes, si ce n'est des tendances marquées au suicide et même une tentative de pendaison pendant la période mélancolique.

Observation LXXII[1].

Sommaire. — *Paralysie générale. — Période d'excitation avec idées de grandeurs et de persécution. — Période de rémission. — Période de dépression avec idées hypochondriaques. — Hérédité.*

D... (François-Hermant), marchand de vins, trente-deux ans, est entré dans l'établissement le 16 août 1872, avec un certificat délivré par M. Legrand du Saulle, le 13 août, et ainsi conçu : « Délire maniaque, loquacité, divagations, contentement, idées ambitieuses, menaces de paralysie générale, hérédité morbide. »

M. Magnan note en outre, le 14 août, un affaiblissement intellectuel avec légère hésitation de la parole.

Le certificat de vingt-quatre heures de M. Billod confirme entièrement ce diagnostic. Il résulte des renseignements que j'ai pu recueillir que ce malade a un père et une mère tous deux dipsomanes, qu'un frère a été traité à l'asile Sainte-Anne, que D... a habité le Mexique, où il a été atteint de la fièvre jaune. Des chagrins domestiques l'ont conduit à des excès alcooliques, favorisés par sa profession de marchand de vins.

Au moment de son entrée, l'agitation était extrême, il criait, vociférait, faisait des bonds incroyables. Il s'intitulait général, empereur, parlait sans cesse de ses victoires, de ses armées, de ses canons, etc. Vers le commencement de septembre, on voit apparaître à la partie supérieure et postérieure de la cuisse droite, immédiatement au-dessous du pli fessier, un anthrax volumineux.

Le 12 septembre, l'anthrax est en voie de guérison, le malade est plus calme depuis quelques jours ; mais ce calme n'est pas de longue durée, et le malade recommence bientôt à s'agiter très violemment.

Le 1er octobre, on note un hématome de la portion supérieure du pavillon de l'oreille droite. La tumeur est limitée à

[1] Dr Fabre, *Loc. cit.*, p. 209.

sa partie inférieure par une tache ecchymotique bleuâtre due à l'épanchement sanguin qui constitue le contenu de l'hématome. C'est probablement l'aspect de cette coloration qui a pu faire croire que ce genre de tumeur était occasionné par des contusions ou des froissements de la région où on l'observe.

Le 30 octobre, l'agitation diminue, mais très lentement; la tumeur de l'oreille, ponctionnée plusieurs fois, s'est reproduite très rapidement ; la température du pavillon de l'oreille malade est notablement plus élevée que celle de l'oreille saine.

Le 7 janvier 1873, l'agitation semble reparaître, mais elle ne doit pas avoir encore une longue durée. Les troubles psychiques du malade sont plus spécialement caractérisés par des idées délirantes de persécution, au milieu desquelles on voit surgir quelques préoccupations hypochondriaques.

8 janvier. — Ce malade nous raconte que Fidélie est sa femme, et il ajoute qu'il est entouré de femmes, dans l'établissement; puis, montrant un malheureux aliéné malpropre et paralytique placé près de lui : « Qu'il est dégoûtant de vivre au milieu de femmes pleines de sang ! » (et, de fait, le malade qu'il signale porte une chemise souillée au niveau de la poitrine par une hémorrhagie nasale) ; se tournant ensuite du côté d'un aliéné parlant à haute voix, il l'apostrophe de la sorte : « Cette malheureuse Judith ne vaut pas mieux. » « Sauvez-moi, ajoute-t-il ensuite, ici je me tue, je suis dans un état pitoyable. En voilà un que j'ai été obligé de coucher, il me détruisait. » Le malade s'anime, s'excite de plus en plus, se plaignant de ce qu'on cherche à lui nuire en frottant (probablement le parquet) pendant toute la journée, et disant qu'il se jettera par la fenêtre si on ne le place pas autre part.

La tumeur du pavillon de l'oreille, traitée par des badigeonnages à la teinture d'iode, a complètement disparu.

Le 18 février, le malade est complètement calme, sa santé physique s'améliore rapidement et il ne manifeste plus aucune conception délirante ; il ne conserve qu'un souvenir très vague de la phase d'agitation de laquelle il vient de sortir et il

n'a aucune conscience de l'état mental dans lequel il se trouvait ; il demande sa sortie.

Cette phase de calme sans délire appréciable, offrant les apparences d'une rémission incomplète, pendant laquelle le malade a repris assez de forces pour pouvoir travailler et rendre quelques services, se prolonge jusque vers le milieu du mois de septembre.

Depuis cette époque, D... est déprimé, il a d'abord cessé ses occupations habituelles, puis il s'est plaint de douleurs imaginaires, siégeant dans différentes parties du corps ; chaque jour il accuse une nouvelle affection ; il est triste, parle avec difficulté et répond seulement quand on le presse de questions.

Remarques. — Ce fait, comme le précédent, est considéré par M. le Dr Fabre comme une observation de *folie paralytique à triple phase.* Les remarques que nous aurions à faire à son sujet étant les mêmes, nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit plus haut.

Observation LXXIII [1].

Sommaire. — *Folie à double forme. — Exaltation maniaque avec délire ambitieux; légère hésitation de la parole. — Période de tristesse ; hésitation plus marquée.— Convalescence, mise en liberté. - Rechute. — Exaltation ambitieuse avec symptômes de la paralysie générale. — Période de tristesse; paralysie prononcée. — Mort.*

M. Antoine, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament sanguin, nerveux, bien constitué, avait quitté les affaires depuis un an. Il se livrait à la poésie et imprimait de mauvais vers, que naturellement il trouvait excellents. Retiré dans une ville de province, il y apprit les événements de Février et s'em-

[1] Brierre de Boismont, in *Discussion sur la paralysie générale.* (V. *Annales médico-psychologiques*, 1859, t. V, p. 329.)

pressa de se rendre à Paris. Son esprit s'enthousiasma des projets de réforme à l'ordre du jour, et il écrivit des mémoires pour améliorer le sort des hommes. Désirant propager ses idées le plus promptement possible, il imagina de se mettre sur les rangs pour la députation et de demander au chef de l'Etat une somme de 10,000 francs pour la publication de ses ouvrages. Afin de donner plus d'éclat à sa candidature, il pria le directeur de l'Opéra de lui prêter son orchestre, parce que sa profession de foi, prononcée en chantant et accompagnée de la musique, devait, disait-il, lui gagner toutes les oreilles et produire un effet surprenant et nouveau. L'agitation dans laquelle il était, amena son arrestation et il fut conduit dans mon établissement. A son entrée, en 1849, je le trouvai exalté, parlant avec volubilité, se plaignant de ses ennemis, qui l'avaient fait arrêter sous prétexte de tapage. M. Antoine vantait ses talents, ses vues philanthropiques, ses plans d'amélioration; il avait l'intention de dépenser beaucoup d'argent pour propager ses opinions. Les plus grands personnages étaient ses amis; il aurait les premières places quand il le voudrait. A la maison, il faisait des vers et cherchait sans cesse à les lire; il s'occupait surtout à fabriquer, avec des morceaux de bois, des pipes d'une forme nouvelle, qui seraient, affirmait-il, une excellente spéculation; les murs de sa chambre en étaient tapissés : ce malade était sans cesse en mouvement, demandant toujours à sortir, n'écoutait pas ce qu'on lui disait et ne répondait qu'à ses propres pensées.

Le délire fut considéré comme une exaltation maniaque avec menace de paralysie générale, mais il n'existait aucune gêne des mouvements.

Avant son entrée chez moi, M. Antoine avait eté placé une première fois dans une maison de santé, pour une exaltation semblable qui avait duré trois mois; une seconde fois, pour un état apathique qui avait persisté dix-huit mois et s'était terminé par la convalescence.

Au bout d'un mois de séjour, il était devenu plus tranquille; il avait abandonné la fabrication des pipes pour colorier de mauvais dessins qu'il faisait encadrer richement et mettait

ensuite en loterie. Il adressait des vers à toutes les personnes de l'établissement et voulait les envoyer aux journaux. Il se plaignait fréquemment à moi du tort que je lui faisais en le retenant : c'était par jour une perte de 500 francs, qu'il aurait retirés de la vente de ses poésies, de ses dessins au profit du peuple. Oubliant un instant après tout le bien qu'il venait de dire de ceux qu'il appelait ses frères, il s'écriait que le peuple était la réunion d'un tas d'imbéciles auxquels on faisait accroire ce qu'on voulait, et qu'en le flattant ou se mettant à sa tête, on s'emparait des positions, et que ce serait toujours la même chose, parce qu'il manquait d'initiative. Professant des opinions d'une extrême austérité, il écrivait à des personnages puissants pour leur demander des souscriptions. M. Antoine resta environ quatre mois dans cet état; ses discours et ses écrits étaient devenus très raisonnables; sa folie consistait dans ses actions; de loin en loin, il avait des hésitations très courtes, mais aucun désordre dans les mouvements. L'exaltation, qui était tombée, fut remplacée par de l'abattement, de la tristesse; au lieu de se promener, d'aller et venir, comme il l'avait fait jusqu'alors, il garda la chambre, disant que sa position était malheureuse, qu'on lui brisait sa carrière et que la mort était préférable à son sort. L'expression de mélancolie profonde qu'on remarquait sur son visage m'inspira des inquiétudes sur ses projets; il fut surveillé avec le plus grand soin. Son apathie et sa tristesse avaient fait de grands progrès, il ne sortait presque plus de chez lui; il s'occupait cependant toujours à fabriquer des pipes, à enluminer des dessins et des fleurs qu'il traçait sur le papier. Il répondait peu aux questions qu'on lui adressait, lentement, et hésitait de temps en temps; la démarche ne présentait rien de particulier.

Huit mois se passèrent ainsi. M. Antoine avait beaucoup maigri, il paraissait affaibli, sans qu'on notât cependant de faiblesse dans les membres inférieurs. La parole conservait toujours de la lenteur.

Le quatorzième mois de son séjour, je remarquai un changement dans ses traits; il avait l'air plus gai; il me reçut

mieux qu'il ne l'avait fait pendant sa période d'abattement. Cette amélioration marcha rapidement, et dans l'espace d'un mois il avait repris l'usage de la raison, n'avait plus d'hésitation, de lenteur dans la parole ; ses mouvements étaient naturels, sa conversation convenable ; il ne faisait plus de pipes ni de coloriages. Il écrivit alors aux autorités ; un examen eut lieu, et le médecin préposé pour constater son état mental déclara que M. Antoine était en voie de convalescence et qu'il pouvait être rendu à la liberté. L'arrêté de sortie me fut adressé.

Je ne pouvais que me conformer aux ordres de l'autorité ; j'ouvris la porte à M. Antoine, avec la pensée que le germe de la maladie grave qu'il avait en lui se déclarerait tôt ou tard. M. Antoine, qui semblait avoir le pressentiment de son sort, me pria de lui conserver sa chambre et de le nourrir pendant le temps qu'il chercherait un emploi. Quinze jours s'écoulèrent en démarches de sa part ; il obtint des promesses, mais il s'aperçut qu'on ne faisait rien pour lui. Croyant au mérite de ses poésies, il fut les lire à quelques littérateurs célèbres. Chez l'un d'eux, qui lui dit crûment la vérité, il y eut une scène fâcheuse ; on fut obligé de le mettre à la porte. En revenant à la maison, l'exaspération du malade était extrême ; averti de ce qui venait de se passer, je lui annonçai qu'il ne m'était plus possible de le laisser sortir. La crise fut violente ; mais, après quelques jours d'isolement, il reprit ses habitudes premières ; toutes ses idées de fortune, de talent, de confiance en lui-même étaient revenues ; elles avaient été bientôt suivies de la réapparition de l'hésitation, cette fois plus marquée, plus persistante ; insensiblement la figure devint fixe ; son exagération de ses talents était toujours grande : ainsi, il affirmait que ses dessins, ses vers étaient parfaits et que tout ce qu'il faisait et disait était admirable. Cette disposition mentale se maintint pendant près d'un mois.

Les changements qui avaient marqué la transition de la première exaltation à l'abattement se montrèrent de nouveau vers la fin de l'année 1851. Il retomba dans sa tristesse ; l'embarras de la langue se dessina davantage ; les mots étaient

articulés très lentement; le regard était morne et sinistre comme chez les suicides. Les mouvements perdirent de leur force; il trébuchait par moments. On le pinçait sans qu'il parût s'en apercevoir, et il ne serrait plus que médiocrement. M. Antoine répondait encore aux questions qu'on lui adressait, mais par monosyllabes. Il disait qu'il était mal, se plaignait de tout le monde, ne sortait presque pas de sa chambre où il travaillait à ses enluminures. Dans les derniers mois de 1852, il ne faisait plus entendre que des sons presque inintelligibles et tombait fréquemment. Il fut obligé de s'aliter; le dévoiement survint, des eschares se manifestèrent, et il expira en novembre 1852, réduit au dernier degré du marasme.

Remarques. — Dans cette observation, la paralysie générale semble venir compliquer la folie à double forme. Sauf un léger embarras de la parole, le malade ne présentait pas, pendant les premiers accès, de symptômes physiques suffisants pour qu'il fût permis de certifier l'existence d'une périméningo-encéphalite. Ce n'est qu'après quelques années, c'est-à-dire dans le courant de 1851, que les symptômes de la paralysie générale se manifestèrent d'une façon accentuée, et cela pendant une période de dépression; et, au bout d'un an, le malade succomba.

Les observations que nous venons de reproduire, rendent facile la description de la paralysie générale à double forme. Dans la plupart des cas, les deux périodes sont bien nettement tranchées; la période d'excitation présente toujours les caractères du délire expansif de la folie paralytique : idées de richesses et de grandeurs, agitation et activité sans but, etc. Quant à la période de dépression, ce sont surtout les conceptions hypochondriaques qui y prédominent, mais les conceptions hypochondriaques des paralytiques généraux, c'est-à-dire que les malades

se plaignent d'avoir les intestins bouchés, de ne plus pouvoir uriner, etc.

De même que dans la folie à double forme idiopathique, le passage d'une période à l'autre peut se faire brusquement, ou bien s'effectuer par transitions lentes et insensibles. La durée des périodes, et par conséquent des accès, est très variable.

Mais cette étude soulève des questions plus importantes, que l'état actuel de la science et l'insuffisance des documents ne permettent pas encore de résoudre. La folie paralytique circulaire présente-t-elle, au point de vue de sa marche et de sa durée, des particularités spéciales? Pour ce qui concerne sa durée, M. Espiau de Lamaëstre croit qu'elle est plus longue que celle des autres variétés de la paralysie générale. « Le pronostic est toujours grave, dit cet auteur, mais il l'est moins, eu égard à la durée de la maladie; car, chose bien remarquable, c'est au moment où l'on croit que les malades vont succomber par épuisement, qu'il s'opère tout à coup chez eux une transformation dans laquelle les malades semblent puiser de nouvelles forces, et, contrairement à toute attente, ils peuvent vivre encore plusieurs mois, ainsi que le prouvent nos deux premières observations (V. plus haut les Obs. LXV et LXVI), où, pendant la période maniaque, nous avons vu les malades réparer par une alimentation très abondante les pertes occasionnées par l'alimentation insuffisante de la période mélancolique.

« Enfin, une autre cause qui fait que la durée de la maladie peut se prolonger un certain temps, c'est que les accidents cérébraux, à invasion subite et à marche rapide, sont moins à craindre ici que dans les autres espèces de paralysie générale ». (*Loc. cit.*, p. 138.)

Mais on peut se demander aussi quelles sont les conditions qui produisent la folie paralytique à double forme? Pour répondre à cette dernière question, il serait très-important, croyons-nous, de remonter dans la vie des malades plus haut que ne l'ont fait les auteurs à qui ont été empruntées les observations précédentes; il faudrait rechercher avec soin si ces phénomènes d'alternance n'ont pas déjà existé avant l'explosion des symptômes de la paralysie générale; enfin, il serait indispensable de savoir s'il existe ou non des antécédents héréditaires. Cette dernière condition étiologique nous semble surtout très importante à étudier; car nous sommes très porté à admettre que, de même que la folie à double forme idiopathique est essentiellement héréditaire, de même aussi on devra trouver l'hérédité comme source de l'alternance des symptômes d'excitation et de dépression, dans la folie paralytique circulaire.

L'observation suivante, que nous empruntons à un travail de M. le Dr Doutrebente[1], répond à quelques-uns des desiderata que nous venons d'exprimer; mais, nous devons le reconnaître, un seul fait, quelque bien observé qu'il soit, ne suffit pas toujours pour créer des théories.

Observation LXXIV.

Sommaire. — *Paralysie générale. — Phénomènes de double forme et rémission incomplète.*

R... (Valentin), âgé de trente-quatre ans, étudiant en droit, né à P. et domicilié à B., appartient à une famille dans laquelle il y a plusieurs cas de névropathies héréditaires. En 1870, il

[1] *Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale progressive*, Paris 1878, p. 35.

s'est marié et aurait, paraît-il, communiqué à sa jeune femme une maladie syphilitique dont il était atteint depuis déjà quelque temps. Cet événement paraît avoir eu une certaine influence sur l'esprit de R... ; il en parle parfois avec douleur, se reproche sa conduite passée, demande la mort et le châtiment de ses fautes. C'est seulement en décembre 1876 que R... a été soumis directement à notre observation. Il avait déjà été soigné dans deux établissements spéciaux, la paralysie générale avait été constatée par plusieurs médecins en août 1870.

Nous avons observé ce malade pendant près de quinze mois ; il a la double forme et une période de rémission pendant laquelle la santé générale devient très satisfaisante : — 1° une période d'agitation violente avec idées de satisfaction, parole hautaine, gestes brusques, irritabilité excessive : durée quinze jours environ ; — 2° une période de dépression profonde avec délire hypochondriaque de nature spécifique : R... ne veut plus manger ; il est pourri, son estomac est décomposé, il n'a plus d'intestins. Pendant trente ou quarante jours, il faut le nourrir avec la sonde œsophagienne ; il devient gâteux, refuse de sortir de son lit, ses jambes ont été coupées, assure-t-il ; il ne peut plus marcher. Le famille de R... a plusieurs fois été prévenue à ce moment qu'une issue fatale et prochaine était imminente ; c'était une fausse alerte.

Une période de rémission se produisait alors brusquement ; le malade se levait et mangeait seul.

Nous avons observé quatre fois, ajoute M. Doutrebente, le retour successif et régulier de l'agitation, de la dépression hypochondriaque et de la rémission.

Nous n'avons pas insisté sur les troubles de la motricité, quoique, dans les trois périodes, leur persistance nous ait permis d'affirmer l'existence de la paralysie générale. Ce diagnostic est d'ailleurs celui des trois médecins en chef des établissements où M. R... a reçu des soins.

2° *Folie à double forme et ataxie locomotrice.*

Le Dr Franz Muller, privat-docent à l'Université de Gratz, a publié récemment une observation intéressante de folie à double forme à type circulaire chez un ataxique[1]; la rareté du fait nous engage à la donner ici à titre de document.

Observation LXXV.

Sommaire. — *Ataxie locomotrice. — Folie à double forme à type circulaire. — Période d'excitation caractérisée par de l'exaltation générale, des projets de toute sorte, des idées de richesse. — Période de dépression, avec dégoût de la vie et idées de suicide.*

Comte O., ancien officier supérieur, âgé de cinquante-six ans, issu d'une famille dans laquelle les maladies nerveuses et mentales ne sont pas rares. Le père était d'une nature presque mélancolique et d'une grande impressionnabilité; pour les motifs les plus futiles, il fondait en larmes. Il mourut d'une fièvre typhoïde à l'âge de trente-six ans. La mère n'aurait rien présenté de particulier, elle mourut à un âge très avancé. Sur les ascendants plus éloignés, particulièrement du côté paternel, je ne puis obtenir aucun renseignement.

Le malade est le plus jeune de trois enfants. Sœur hystérique, souffre d'hémicrânie. Le frère est de taille herculéenne et d'une grande irritabilité maladive; il se plaint de fréquentes céphalalgies. Le malade a été bien portant durant son enfance et jusqu'à l'âge de seize ans, où, pour la première fois, il fut pris de pensées tristes, qui ne l'abandonnèrent qu'après un

[1] *Ein seltener Fall von Interferenz von « circulairem Irresein » bei Tabes dorsalis*, in *Centralblatt fur Nervenheilkunde*, *Psychiatrie*, etc. N° du 15 février 1880.

temps très long. Dans les années suivantes, il eut fréquemment de semblables états mélancoliques, qui ne présentèrent cependant jamais une intensité telle qu'il dût interrompre son service. A peu près vers l'âge de vingt ans, ils disparurent complètement. A l'exception d'une fièvre intermittente, il n'eut à souffrir d'aucune maladie fébrile. En 1857, il fut atteint d'une paralysie des abducteurs du côté gauche qui, après un traitement de six semaines, fut complètement dissipée. Après la guerre de 1866, il fut atteint, sans doute à la suite de grandes fatigues, de diplopie et de douleurs *rhumatoïdes* des extrémités inférieures. A ces symptômes se joignirent plus tard des troubles de la locomotion, consistant en une incertitude de la marche, surtout dans l'obscurité, qui dans le courant de l'année suivante augmentèrent lentement, mais graduellement. Ce n'est qu'à quelques reprises que cet état présenta de courts arrêts, même de véritables rémissions, particulièrement en 1869, où le malade s'était soumis à un traitement hydrothérapique. Mais en 1870, exacerbation des symptômes locomoteurs; il y eut même plus tard de la dysurie et de l'affaiblissement génésique. En automne de la même année, le malade, sans cause déterminée, devient subitement abattu, renfermé en lui même, ne parle plus que par monosyllabes et est tourmenté de préoccupations sur lui-même et sur sa famille. Il n'abandonne plus sa chambre, ne reçoit plus de visites et reste souvent des journées entières au lit. Il suit la conversation, quand elle est possible, avec lenteur et paresse; il n'y a que la lecture qu'il écoute avec plaisir.

Le sommeil n'est pas troublé, mais l'appétit est visiblement diminué. A chaque repas on est forcé de lui présenter ses aliments. L'embonpoint aurait alors visiblement diminué. Cet état de dépression dure avec une intensité presque toujours égale jusqu'au printemps de 1871; toutefois, de temps en temps, il y aurait eu des demi-journées ou même des journées entières, où le malade allait spontanément à la promenade, faisait des visites et était aussi gai que lorsqu'il était en bonne santé. Mais dès le lendemain matin, se dissipait toute l'espérance que cette amélioration éphémère avait pu donner à son entourage.

Ce n'est qu'au printemps de cette même année que cette *souffrance morale* disparut un jour complètement. La veille au soir encore mélancolique et silencieux, il se réveille le matin gai, heureux et bavard. Maintenant, rien ne peut plus le retenir dans sa chambre. Dès six ou sept heures du matin, il se trouve déjà sur la promenade et ne peut assez admirer la beauté de la nature. Il forge des projets innombrables et des plans de voyage. Il fait des visites sans se fatiguer et trouve toujours quelque chose de nouveau et d'intéressant à raconter. — Ce *temps de parfaite santé*, ainsi que l'appelle son entourage immédiat, ne dure pas plus que quatre mois environ. Puis, revient subitement l'état de tristesse décrit plus haut, qui ne se dissipe qu'après des mois, mais pour ne reparaître qu'après un long *temps de parfaite santé.*

A quels mois ces périodes commencent ou disparaissent, il a été impossible de le préciser, l'affection durant déjà depuis trop longtemps. Mais on a pu établir avec certitude que ces changements d'humeur ne se présentaient pas toujours à la même époque et qu'il y avait des différences de plusieurs semaines et de plusieurs mois entre les périodes. Il n'y a que l'intensité de celles-ci qui reste toujours la même.

En **1878**, la tristesse se produisit à la fin d'août et dura jusqu'à la fin du mois de mars de l'année suivante. Le 1er avril, le malade est de nouveau psychiquement « tout à fait bien portant et éveillé ».

En mai, j'eus pour la première fois l'occasion d'examiner le malade dans sa famille, dont j'étais le médecin ordinaire. Voici ce que je constatai : taille au-dessus de la moyenne, le pannicule graisseux est assez développé, muscles vigoureux et durs. Les organes de la poitrine et de l'abdomen normaux. Marche typique des ataxiques (projection en avant des jambes), phénomènes de Brach et Romberg, sensibilité émoussée aux deux pieds, conscience imparfaite de la position et des mouvements passifs des jambes, disparition de la sensibilité réflexe des tendons rotuliens, myosis spinal, dysurie et ténesme, pas de douleurs dans les jambes. P. = **100**, petit, mou, sans fièvre.

Pendant cet examen, je fus surtout frappé de la volubilité

et de la vivacité inaccoutumées du malade, particulièrement de l'assurance qu'il me donnait qu'il se trouvait très bien, tout gaillard et tout heureux. Le malade me raconta en outre une série de projets, entre autres, qu'il construirait dans une station thermale voisine une villa, à l'insu de sa femme, afin de lui faire une surprise; que dans le même endroit, à l'aide de ses moyens propres, il élèverait et entretiendrait une école de ciselure, afin de procurer à la partie pauvre de la population une nouvelle source de gains. En un clin d'œil, pour ainsi dire, il me montre les différents plans de construction, en fait l'éloge et les vante démesurément; il m'assure que la construction sera d'un prix extraordinairement modéré, grâce à sa remarquable direction et à de superbes spéculations.

Il est vrai que ses amis, dit-il, l'en ont dissuadé, mais on ne voit dans leur manière d'agir que la jalousie de le voir construire à si bon marché.

A la manière dont toutes ces choses me sont racontées, et par la raison que la fortune du malade est loin d'être en rapport avec la mise à exécution de tels projets, il ne pouvait être difficile de conclure à un trouble des fonctions psychiques, à un état d'exaltation. Les informations prises auprès de la famille, pour savoir si, antérieurement déjà, on n'avait pas observé de troubles psychiques chez le malade, me fournirent des renseignements anamnestiques d'une grande importance et qui vinrent confirmer mes conjectures; ils ont été donnés plus haut en substance.

Pendant la phase non dépressive, le malade n'était pas considéré par sa famille, ainsi que nous l'avons mentionné plus haut, comme atteint d'un trouble psychique; mais, au contraire, il était regardé comme très bien portant, tandis que ses amis et connaissances l'appelaient *exalté*. Pendant les mois suivants, la même activité persiste, constamment le malade est en mouvement; — il est le faiseur de visites par excellence; il n'a pas un moment de libre pour expédier lui-même sa correspondance, il s'attache à cet effet un secrétaire particulier. Le malade se livre à un travail sans trêve ni repos. La physionomie est gaie et pleine d'expression. La

figure est fraîche, dénote la santé, jamais congestionnée. L'intelligence est intacte, la mémoire prompte, pas de trace de trouble de la parole. Sommeil court, pas troublé. Appétit bon, fonctions intestinales normales. Cet état dure jusqu'au 2 août. La nuit du 2 au 3 passe presque sans sommeil, de même que celle du 3 au 4. Le 3, on constate une diminution notable de l'activité ; — le 4, le malade se plaint même de fatigue et d'épuisement. Le 5 au matin, il est déprimé, enfermé en lui-même, ne répond que lentement aux questions qu'on lui fait et se reproche ses constructions insensées de villas. — Les jours suivants, lypémaniaque, sans volonté, sans appétit.

Visage pâle, physionomie triste, préoccupée, dégoût de la vie. P. = 96, petit. Sommeil troublé. Constipation. Le 12 août, il profite d'un moment où il n'est pas surveillé pour ouvrir l'armoire aux pistolets. Un heureux hasard fait échouer la tentative de suicide.

A la suite d'injections d'opium, le malade devient plus tranquille et en même temps il a le sommeil meilleur. De temps à autre, il y a des soirées, plus rarement des journées entières, où le malade se trouve si libre qu'il va même en société et prend une part active à la conversation. Cependant, dès le lendemain matin, il est de nouveau accablé, passif, parle par monosyllabes et manifeste de véritables conceptions hypochondriaques. Jusqu'au moment où j'écris ces lignes, il n'y a pas eu de changement dans la physionomie de la maladie. Jamais on n'a eu d'idées délirantes ni d'hallucinations à observer.

Remarques. — Cette observation est du plus haut intérêt. La folie à double forme évolue selon les règles tracées plus haut, les périodes succèdent aux périodes; les symptômes eux-mêmes présentent un caractère pathognomonique : d'un côté, une exaltation mentale, une activité sans but, des projets de toute sorte, etc.; de l'autre, une dépression complète, l'absence de volonté,

l'amour de la solitude, des idées hypochondriaques, le dégoût de la vie, des tendances au suicide, etc.

Mais un fait important reste à résoudre. Cette folie à double forme et à marche circulaire est-elle produite par l'ataxie locomotrice? Y a-t-il entre les deux affections une relation de cause à effet? L'auteur de l'observation, le D[r] Franz Muller, semble le croire ; il admet bien que l'hérédité est la base, la cause prédisposante de la folie circulaire, — *cette manifestation dégénérative par excellence*, — mais que ce complexus de symptômes psychiques, jusque-là à l'état latent, s'est révélé au grand jour, grâce au développement du processus anatomo-pathologique, qui produit les phénomènes de l'ataxie locomotrice.

L'explication est ingénieuse; mais n'en existe-t-il pas une plus simple? N'y a-t-il pas là simplement coïncidence? Et la folie à double forme, résultat d'une hérédité morbide, ne se trouve-t-elle pas chez ce malade associée par hasard à l'ataxie locomotrice? N'avons-nous pas là uniquement un individu atteint de folie à double forme, devenant ataxique?

Quoi qu'il en soit de ces deux explications, il est hors de doute que, pour se faire une opinion plus exacte sur cette question de pathogénie, de nouveaux faits sont nécessaires.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT.

Dans le chapitre consacré à l'étude du pronostic de la folie à double forme, nous avons établi combien est rare la curabilité de cette affection. Et de fait, les guérisons obtenues sont extrêmement peu fréquentes. Ce n'est pas qu'on n'ait employé pour combattre la maladie bien des moyens thérapeutiques ; mais il faut avouer que le succès n'a guère répondu aux espérances qu'on avait mises dans l'admistration de tel ou tel médicament. Malgré la difficulté du problème, ou plutôt à cause même de cette difficulté, il n'en faut pas moins louer les médecins qui ont essayé d'enrayer le mal et de briser le cercle morbide dans lequel tournent constamment ces malheureux aliénés.

Le traitement de la folie à double forme, s'il est possible, doit répondre à deux indications :

1° Prévenir le retour des accès ;

2° Combattre les accidents de chaque période.

1° Prévenir le retour des accès, c'est combattre la maladie elle-même, c'est s'appliquer à éviter la repro-

duction régulière des périodes qui la constituent. Pour arriver à ce résultat, le premier agent thérapeutique que l'on a été naturellement amené à employer, c'est l'antipériodique par excellence, le quinquina et ses préparations. De nombreux essais ont été faits, mais on a peu de succès à enregistrer. Il est cependant utile de les faire connaître, et surtout d'indiquer les conditions dans lesquelles ils ont été obtenus, les doses auxquelles le médicament a été prescrit.

La première question qui se pose, c'est de savoir sous quelle forme le médicament a été administré. En étudiant les faits publiés, on voit qu'une fois seulement l'écorce de quinquina a été employée et que c'est au sulfate de quinine qu'on s'est surtout adressé.

L'écorce de quinquina aurait donné un succès; le fait appartient à Steinthal, médecin de Berlin. Le voici tel qu'il a été analysé par Renaudin[1] : « Un homme fort bien constitué était, par suite de piétisme, arrivé à une manie religieuse qui, dans une période de six semaines, passa par diverses formes; fureur, stupidité, démence, lucidité. Pendant plusieurs mois, ces divers phénomènes se reproduisirent et se succédèrent avec une régularité telle, qu'on pouvait préciser l'instant de leur apparition. L'écorce de quinquina fut administrée avec persévérance, la guérison a été obtenue et ne s'est pas démentie depuis douze ans. » Cette observation, bien que fort intéressante, présente des lacunes regrettables; l'auteur a particulièrement oublié de donner des détails sur le mode d'emploi du médicament.

Mais c'est principalement le sulfate de quinine qu'on a

[1] *Annales médico-psychologiques*. Revue des journaux allemands, 1856, p. 379.

employé, et l'efficacité de ce médicament a surtout été reconnue pour les accès à très courtes périodes avec intermittences. Un point important à établir, c'est la manière dont il devra être administré. Les médecins qui ont expérimenté le sulfate de quinine dans les cas de folie à double forme, croient pouvoir conclure qu'il devra être donné, lors de la période de transition pour les accès continus, ou bien pendant l'intermittence, quand les accès sont séparés par un léger intervalle lucide.

Quant à la dose, on devra débuter par 30 à 40 centigrammes, pour arriver rapidement à 2 grammes; cette dernière dose paraît avoir produit les meilleurs résultats. Nous n'en voulons pour preuve que le fait intéressant publié par M. Legrand du Saulle[1] et où la guérison obtenue ne s'est pas démentie.

Observation LXXVI.

Sommaire. — *Folie à double forme à accès très courts et à type intermittent. — Période de dépression d'une durée de sept jours, caractérisée par des hallucinations de la vue et de l'ouïe et du délire religieux. — Période d'excitation avec manie violente, durant huit jours. — Transition brusque pendant la nuit. — Menstruation normale et apparaissant toujours pendant l'intermittence, qui est régulière et d'une durée de huit à douze jours. — Guérison par le sulfate de quinine.*

Mme M... a trente-quatre ans; elle est de petite taille, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle. Elevée dans la dévotion par une mère très pieuse, elle a conservé depuis son mariage (il y a huit ans de cela) des croyances religieuses qu'elle met fidèlement en pratique et qu'elle enseigne à ses deux enfants.

[1] *Annales médico-psychologiques,* 1855, p. 53.

Son caractère est bon, doux, affectueux; ses goûts sont simples et son genre de vie modeste.

La menstruation a toujours été très régulière; la durée du flux menstruel est ordinairement de sept à huit jours.

L'hérédité est tout à fait étrangère aux causes qui ont pu déterminer la maladie de Mme M... — Il paraîtrait qu'à l'époque de sa première communion elle aurait caché une faute à confesse, et que, depuis cette époque, elle est quelquefois tourmentée en s'arrêtant à l'idée que la damnation serait la peine de son sacrilège.

Le 25 janvier 1852, Mme M... entre, comme pensionnaire, à l'asile public d'aliénés de la Côte-d'Or, en proie à une mélancolie profonde; sa pâleur est cadavérique, sa faiblesse très grande. Depuis trois jours, elle a refusé de prendre des aliments substantiels; elle a entendu une voix qui lui a dit : « Jeûne et tu seras pardonnée; » et, depuis ce moment, elle n'a accepté que quelques cuillerées de bouillon.

A peine est-elle entrée dans la petite infirmerie du pensionnat de l'asile, et recommandée d'une manière toute spéciale aux soins éclairés de la sœur de service, que Mme M... cherche à s'isoler, et que, se cachant derrière les rideaux d'un lit, on la voit s'agenouiller, puis pleurer et sangloter.

Le lendemain, à la visite du médecin en chef, elle paraît un peu plus calme; elle a mangé avec assez d'appétit, mais elle est visiblement tourmentée par des idées fixes ayant pour objet la religiosité ; la mémoire et l'affectivité sont intactes; il n'y a pas de tendance au suicide. Cet état se continue pendant quatre jours, quand tout à coup, dans la nuit du 29 au 30 janvier, Mme M... se mit à tenir les propos les plus incohérents, à chanter, à rire, à pousser des cris, à aller remuer toutes les malades dans leur lit, à casser les objets qui lui tombaient sous les mains. Camisolée, conduite, sur mon ordre, dès la pointe du jour, au quartier des cellules, Mme M... nous présente tous les signes d'un délire aigu, quand nous la voyons à la visite.

La veille au soir, elle était mélancolique, obsédée par des idées religieuses, ce matin, elle est maniaque, jure et tem-

pête ! Mon chef de service prescrit un bain de trois heures avec affusions froides sur la tête, et une potion avec 0,02 centigr. de morphine.

31 janvier. — La malade a passé une nuit fort agitée. Bain de quatre heures, potion avec 0,05 centigr. d'acétate de morphine.

1er février. — Quoique fort bruyante, Mme M... n'avait pas la camisole, à la vérité, mais force a été de la lui remettre, car elle a souffleté deux filles de service. Potion d'acétate de morphine, 0,07 centigr.

2, 3 février. — La malade ne sort pas de sa cellule, tant elle est violente ; elle est de plus fixée à un grand fauteuil *ad hoc*. Elle prend des bains très prolongés, et continue sa potion.

4 février. — Nous trouvons Mme M... au lit, elle n'a pas voulu se lever. « Je suis bien malade, dit-elle, je vais mourir, faites venir mes enfants, que je leur donne ma bénédiction. » A ces mots, de grosses larmes vinrent mouiller ses paupières, elle poussa de profonds soupirs, plaça sa tête entre ses deux mains, et ne répondit plus. La journée fut calme, la malade se leva de son plein gré vers midi, et fit de la tapisserie pendant une heure.

5 février. — Mme M... a été conduite à l'heure de la visite au salon de travail ; c'est là que nous la trouvons. La physionomie est franche et ouverte, elle sourit timidement quand on lui adresse la parole, affirme se trouver très bien et n'avoir besoin de rien.

6 février. — Calme parfait, raison très saine, gaîté. — Les règles ont paru dans la nuit.

7, 11 février. — Notre malade est tout à fait métamorphosée, elle est douce et prévenante pour les dames de sa division, affectueuse envers les religieuses, pleine de respect et de soumission vis-à-vis des médecins.

12 février. — Le flux menstruel s'est arrêté ce matin.

13, 15 février. — Mme M... continue de bien aller, elle fait en ce moment usage de préparations ferrugineuses.

16 février. — Il s'est opéré un grand changement depuis

hier dans l'état mental de notre intéressante malade, elle est fort triste, son facies exprime le trouble, l'inquiétude. « Que je suis malheureuse, dit-elle, tout le monde me repousse !... Oh ! je le vois bien, j'irai en enfer, car j'y ai rêvé pendant la nuit !... Mais non, je n'y ai pas rêvé, je ne dormais pas, mais j'ai vu des morts sortant de leurs cercueils..., j'ai entendu les trompettes du jugement dernier, et c'est évidemment pour me condamner que le bon Dieu envoie la fin du monde aussitôt que cela !... » Les paroles les mieux senties, les plus appropriées que mon chef de service oppose à tant de divagations, ne peuvent sortir la malade de son état d'abattement et de découragement.

17, 21 février. — Mme M... est aussi profondément mélancolique qu'à l'époque de son entrée dans la maison ; elle mange peu, dort à peine, se refuse à prendre tout médicament, de peur qu'on ne l'empoisonne, et est en proie à de fréquentes hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle se soumet avec la plus grande difficulté aux affusions froides sur la tête, pousse des cris perçants et appelle au secours quand la sœur vient la chercher pour la conduire au bain.

22 février. — Mme M... cause à la visite avec une grande volubilité ; elle accompagne ses paroles de gestes et d'éclats de rire. Dans la soirée, la trouvant dans un violent état d'excitation, je la fis conduire aux cellules.

23, 28 février. — Nous sommes de nouveau en présence d'un accès de manie très aigu que nous essayons de combattre par les bains très prolongés, les affusions froides et une potion opiacée.

1er mars. — L'agitation tend à décroître.

2 mars. — Mme M... est calme ; les facultés de l'intelligence paraissent un peu déprimées, les forces sont prostrées.

3 mars. — La malade est déjà remise ; elle est au salon et occupée à un petit travail de broderie. Mon chef de service prescrit 0,20 centigr. de poudre de sulfate de quinine à prendre en deux heures.

4, 5 mars. — Mme M... est tout à fait revenue à son état normal de santé.

6, 12 mars. — La malade a été menstruée pendant toute la semaine, elle continue à aller très bien. Le sulfate de quinine a été continué; la dose en a été élevée jusqu'à 0,60 centigr.

Les journées des 13, 14 et 15 mars se passent très bien, mais le 16, Mme M... est redevenue triste et morose. Elle s'est plainte d'un peu de céphalalgie pendant quatre ou cinq jours, puis, au moment redouté pour la période d'excitation, la malade n'a présenté qu'un peu d'animation dans le regard, et a prononcé une fois seulement quelques paroles incisives et méchantes sur un ton très élevé.

La menstruation a suivi son cours habituel.

10 avril. — Le sulfate de quinine dont on a continué l'usage, et dont la malade a pris jusqu'à deux grammes par jour, vient d'être supprimé.

Pendant les mois d'avril et de mai, aucun accident n'a reparu, et la convalescence s'est bien assise.

Les époques auxquelles se développaient les accès de mélancolie et de manie sont passées inaperçues. Dans ces derniers temps, Mme M... a vu souvent son mari et ses enfants; l'impression de ces visites lui était très profitable; elles lui faisaient oublier le passé, la rendaient gaie et joyeuse pour le présent et la pénétraient de confiance dans l'avenir.

Dans un état complet de guérison, et que nous savons ne s'être pas démenti depuis, Mme M... quitte l'asile public d'aliénés de la Côte-d'Or, le 31 mai 1852.

Dans le fait précédent, remarquable à plus d'un titre, on n'est arrivé à un résultat appréciable que lorsque la dose de sulfate de quinine administrée a été élevée à deux grammes par jour ; toutefois, il faut remarquer que les symptômes des deux périodes de l'accès subirent déjà une diminution d'intensité, lorsque la malade ne prenait qu'un gramme du médicament.

C'est sans doute pour avoir employé des doses trop minimes de sulfate de quinine, que Brierre de Boismont a échoué dans les essais qu'il a faits sur le malade dont

nous avons rappporté plus haut l'histoire (V. Obs. XLIV, p. 206). Il s'agissait d'accès de folie à double forme à courtes périodes, mais sans intermittences, il est vrai ; les périodes se succédaient régulièrement de trois en trois jours. « En présence de cette régularité dans les symptômes, dit l'auteur, nous eûmes la pensée de faire prendre au malade du sulfate de quinine, quelques heures avant l'apparition de la période de dépression. L'administration de ce remède ne présenta aucune difficulté... A... prit pendant plusieurs jours de suite, et à diverses reprises, de cinq à dix centigrammes de sulfate de quinine. Les seuls changements que nous observâmes furent un retard dans les accès, une période d'excitation un peu plus longue, des modifications dans l'époque de l'apparition de la période d'abattement, mais, néanmoins, la même forme, seulement variable en intensité et en durée. » On peut se demander si, dans ce cas, en augmentant progressivement la dose de sulfate de quinine, on n'aurait pas obtenu un résultat plus complet.

Nous avons dit en commençant que le sulfate de quinine n'est efficace que dans les accès à courtes périodes, c'est-à-dire n'ayant que quelques jours de durée, une semaine au plus. Dans les accès plus longs, le médicament échoue le plus ordinairement. Ainsi, Brierre de Boismont cite le fait suivant : « Nous recevons tous les ans dans notre établissement, dit-il[1], une dame qui vient presque constamment aux mêmes époques pour une exaltation maniaque furieuse, suivie de dépression : cet état existe depuis plus de dix ans. Dans l'origine de la maladie, on a eu recours à des doses considérables de sulfate de qui-

[1] *Annales médico-psychologiques*, 1854, p. 145.

nine, et à beaucoup d'autres médications, sans qu'il en soit résulté des changements dans la marche de l'affection. »

Le même aliéniste a employé aussi, chez le malade cité plus haut, le haschisch, une première fois lors de la période de dépression et à la dose de trente grammes, une seconde fois au début de l'excitation à la dose de quarante-huit grammes. Il n'y eut de résultat à aucune des deux expériences, et les légères modifications obtenues se réduisirent en somme à peu de chose. La première fois, en effet, l'état d'abattement, qui durait ordinairement trois jours pleins, cessa au bout de deux jours et demi, et même dès le commencement du second jour la figure du malade s'était épanouie. Dans la seconde expérience, l'excitation fit subitement place à la tristesse qui, cette fois, se prolongea quatre jours.

Citons seulement pour mémoire le fait trop concis publié par Guislain [1] : « Au rapport d'Engelhardt, dit-il, Smaltz a guéri par le stramonium une demoiselle alternativement atteinte de manie et de mélancolie ».

Pour terminer avec les médicaments internes, à l'aide desquels on a essayé de combattre le retour des accès de folie à double forme, rappelons le bromure de potassium dont le professeur Krafft-Ebing a pu constater l'efficacité dans quelques cas à courtes périodes, et enfin les injections sous-cutanées d'opium et de morphine qui lui auraient donné des résultats encore plus favorables [2].

Tous les médicaments que nous venons d'énumérer ont avant tout pour but de combattre la périodicité des accès de folie à double forme ; mais l'étude de la marche

[1] *Traité d'aliénation mentale*, 1826, t, I, p. 345.

[2] *Lehrbuch der Psychiatrie*, t. II, p. 134.

et des causes de la maladie peut aussi fournir des indications utiles dont il est important de tenir compte pour le traitement. C'est ainsi que certains observateurs se sont appliqués à prévenir l'une ou l'autre période de l'accès, et sont arrivés à réduire la maladie soit à une folie maniaque simple, soit à un accès de mélancolie ordinaire, qui deviennent alors plus susceptibles d'amélioration. Les essais faits d'après ce point de vue ne sont pas nombreux; mais ils ne méritent pas moins d'être connus.

Le premier en date est dû à M. Baillarger; le voici tel qu'il le raconte lui-même:

« Après avoir combattu trois ans sans succès, et par des médications variées, dit ce savant aliéniste [1], les accès de l'une de mes malades, je pratiquai chaque mois une saignée au milieu de l'intervalle des époques menstruelles. Ce traitement, continué pendant huit mois, a eu un résultat heureux, mais incomplet.

« La seconde période, celle d'excitation maniaque, a été supprimée. Elle n'a plus reparu depuis deux ans. La maladie est maintenant réduite à la seule période mélancolique, qui continue à se produire comme par accès périodiques. »

Le professeur Krafft-Ebing rapporte des expériences faites par le D[r] Dittmar à l'asile de Klingenmünster et qui ont eu des résultats à peu près analogues. En condamnant les malades pendant la phase mélancolique au repos au lit forcé, ce médecin a obtenu le retard du début de la période maniaque et la diminution de l'intensité de cette dernière [2].

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1853-1854, p. 351.

[2] *Lehrbuch der Psychiatrie*, t. II, p. 134.

Au chapitre consacré à l'étiologie, nous avons parlé de la possibilité de la production de la folie à double forme par cause périphérique, en un mot de l'existence de la folie à double forme sympathique. Si cette variété étiologique existe, elle doit être la plus curable. Nous n'en connaissons qu'un exemple, c'est l'observation d'une femme, citée par Schüle[1], qui était atteinte à la fois d'une folie circulaire et d'une affection utérine ; la guérison de cette dernière mit en même temps fin aux manifestations de la psychose.

2° Le second point à traiter, ce sont les moyens employés pour combattre les différents accidents de chaque période. A cette médication symptomatique se réduit malheureusement le plus souvent la thérapeutique de la folie à double forme.

Il nous semble inutile de nous étendre longuement sur cette partie de notre tâche; aussi au lieu de passer en revue tous les traitements employés soit dans la mélancolie, soit dans la manie, nous nous contenterons de donner quelques indications sommaires, pouvant suffire dans la majorité des cas.

Pendant la période d'excitation, il faudra prescrire les bains prolongés, les affusions, les douches, les boissons acides, les opiacés à haute dose, les injections sous-cutanées de morphine, le chloral, le bromure de potassium, etc. ; durant la période de dépression, les bains sulfureux, les bains sinapisés, les révulsifs, les toniques, l'alcool, etc. C'est surtout pendant cette dernière phase qu'il faut veiller avec soin sur l'alimentation du malade et ne pas

[1] *Handbuch der Geisteskrankheiten*, p. 137.

hésiter de le nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne dès qu'il refusera de prendre régulièrement ses repas. Enfin, si le malade a des idées de suicide, il faudra exercer sur lui une surveillance spéciale et pour ainsi dire de tous les instants. Durant tout le cours de l'accès, on s'appliquera à entretenir constamment la liberté du ventre par des laxatifs, des purgatifs.

Nous devrions, en terminant, ajouter quelques mots sur le traitement moral; mais comme il présente peu d'indications spéciales pour cette forme de folie, nous n'y insisterons pas. Tout au plus y aurait-il lieu de donner à ce sujet quelques conseils pour la prophylaxie des accès à type périodique. Ceux-ci étant le plus souvent provoqués par une cause morale quelconque, le médecin devra conseiller à la famille et à l'entourage du malade d'éloigner de lui, autant que possible, tout ce qui pourrait lui procurer des sensations trop vives.

CHAPITRE X

MÉDECINE LÉGALE.

Toute monographie sur une maladie mentale quelconque doit contenir un chapitre consacré à la médecine légale. La folie à double forme n'échappe pas à cette règle générale, et notre tâche serait incomplète si, après l'étude clinique de cette affection, nous n'ajoutions quelques considérations relatives à la responsabilité et à la capacité des aliénés atteints de cette forme de folie.

Mais avant d'entreprendre l'étude de ces questions, il nous faut d'abord résoudre deux points importants. Faut-il séquestrer tous les malades atteints de folie à double forme? Quelles sont les conditions auxquelles il faut subordonner leur sortie des asiles spéciaux?

Avec M. Lunier, nous croyons que la folie à double forme « ne nécessite habituellement la séquestration, ni dans l'intervalle des accès, ni pendant la première période de ces accès, ni même quelquefois pendant les crises, quand elles n'ont qu'une moyenne intensité[1] ». Mais lorsque les symptômes que présentent les malades dans

[1] *Les Aliénés dangereux*, in *Ann. méd.-psych.*, 1869, t. II, p. 174.

l'une ou l'autre période sont d'une certaine gravité, le médecin ne devra jamais hésiter à conseiller leur placement; une telle mesure étant alors impérieusement réclamée autant par l'intérêt du malade lui-même que pour la sauvegarde de l'ordre et de la sécurité publique.

En effet, un malade qui, pendant la période de dépression, refuse toute espèce d'alimentation et cherche par tous les moyens à se suicider, et qui, durant la phase d'excitation, peut commettre toute sorte d'actes inconsidérés : achats insensés, excès alcooliques, abus vénériens, vols, etc., un tel malade, disons-nous, a sa place marquée dans un établissement spécial. Et, quand il s'agira de l'en faire sortir, il faudra être très réservé et se rappeler que, souvent, on a pris pour une convalescence et même pour une guérison ce qui n'était qu'une période de transition. Nous avons donné des exemples de telles erreurs dans le chapitre consacré au diagnostic, et ils méritent d'être médités.

Mais il y a plus. Pendant la période d'excitation, certains malades se plaignent avec aigreur d'être séquestrés arbitrairement; ils poursuivent les autorités et les médecins de leurs récriminations et réclament à cor et à cri leur sortie, le plus souvent afin de pouvoir mettre à exécution tous les projets fantastiques qui germent dans leur cerveau malade. Dans ces cas, quel doit être le rôle du médecin? Sans tenir compte des désirs des malades, il devra énergiquement conclure à ce qu'ils soient maintenus dans les asiles; il trouvera d'ailleurs, dans l'état actuel du malade qu'il aura spécialement en vue et dans la marche naturelle de son affection, les éléments nécessaires pour son rapport à l'autorité administrative ou judiciaire, si l'une ou l'autre en exige un de lui.

Comme exemple de ce genre de faits, nous citerons le rapport publié par M. Girard de Cailleux[1], alors médecin-directeur de l'asile d'Auxerre, et concernant un jeune homme qui, pendant la période d'excitation, se plaignit au préfet et aux magistrats du département de sa séquestration arbitraire, accusant sa mère et d'autres personnes de son pays de chercher à se débarrasser de lui pour s'emparer de ses biens. Ce fait est intéressant à plus d'un titre; aussi croyons-nous devoir, à cause de sa rareté et malgré sa longueur, le reproduire ici textuellement. Les considérations dont l'auteur l'accompagne sont dignes d'être méditées.

Observation LXXVII.

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. — Période d'excitation caractérisée par du délire des actes. — Période de dépression avec préoccupations hypochondriaques. — Croyance à une détention arbitraire. — Arrêté de maintenue du préfet.*

« Il est des aliénés dont le délire se manifeste surtout par des actes bizarres, excentriques, par un changement dans les habitudes, le caractère; mais qui, interrogés sur leurs actes, sur leurs sentiments, donnent les explications les plus spécieuses, de manière à faire rejeter toute idée de folie, à en imposer à l'opinion publique et aux magistrats chargés de protéger leur liberté et d'apprécier leur capacité d'administrer leur fortune.

« Un de ces faits qui offrent à la science médico-judiciaire le plus grand intérêt vient de produire à Auxerre et dans le département de l'Yonne, dont cette ville est le chef-lieu, une sorte d'émotion qui s'est bientôt calmée sous l'influence

[1] *Annales médico-psychologiques*, 1860, t. VI, p. 83.

du jugement solide et impartial d'une magistrature aussi honorable qu'éclairée.

« La mère du jeune de C..., atteint depuis longtemps de ce genre de folie, a cru devoir, au moment où son fils atteignait l'âge de la majorité, le préserver contre ses égarements en lui faisant nommer un conseil judiciaire.

« Pour assurer le succès de cette mesure, la famille pensa qu'elle devait placer le jeune de C... dans une maison d'aliénés.

« Après quelques mois de séjour dans l'établissement, M. de C... fut appelé à comparaître devant le tribunal civil d'Auxerre, et par son attitude, ses à-propos, ses raisonnements, il en imposa tellement à toute la cour, que le bruit courut que M. de C... était détenu arbitrairement à l'asile d'Auxerre.

« Néanmoins, avant de se prononcer d'une manière définitive, l'honorable procureur impérial (M. Henriquet), en homme sage et prudent, me demanda un rapport sur l'état mental du jeune de C... qui avait été visité par M. le préfet lui-même, alarmé de l'état de l'opinion publique.

« C'est ce rapport, qui a eu pour première conséquence la maintenue du jeune homme dans l'asile, puis la nomination du conseil judiciaire, et enfin la sortie du jeune de C... et sa réintégration, que je livre à l'impression, dans l'espoir que la publicité donnée à de pareils faits éclairera l'opinion, et fera sentir la nécessité ou tout au moins la convenance de prendre l'avis des hommes compétents avant de porter un jugement précipité et définitif en pareille matière. »

Rapport adressé à M. le procureur impérial d'Auxerre sur l'état mental de M. de C...

« 29 janvier 1859.

« S'il est un genre d'aliénation mentale difficile à être reconnu par d'habiles médecins, et par conséquent par l'autorité qui a pour mission de protéger la liberté individuelle et de prononcer l'isolement dans l'intérêt de la sécurité publique,

de juger la capacité légale pour gouverner la personne et administrer les biens, c'est assurément celui que nous offre M. de C... sur l'état mental duquel vous me demandez un rapport.

« En effet « tantôt, dit Esquirol, dans son *Traité des maladies* « *mentales* (t. II, p. 2), les aliénés de ce genre ne déraisonnent « pas, mais leurs affections, leur caractère, sont pervertis ; « par des motifs plausibles, par des explications très bien rai- « sonnées, ils justifient l'état actuel de leurs sentiments et « excusent la bizarrerie, l'inconvenance de leur conduite.

« Tantôt la volonté est lésée ; le malade, hors des voies or- « dinaires, est entraîné à des actes que la raison ou le senti- « ment ne déterminent pas, que la conscience réprouve ; les « actions sont involontaires, irrésistibles....... »

« C'est précisément dans cette situation que se trouve M. de C...

« Elevé par une mère d'une intelligence faible, dont le père est mort aliéné après un séjour de vingt ans dans la maison de santé de Mme Saint-Marcel à Paris, M. de C... a, dès son bas âge, manifesté des tendances à la bizarrerie.

« Ces tendances se sont accrues d'une manière notable à l'époque de la puberté, qui a été pour lui le point de départ d'accès alternatifs de mélancolie hypochondriaque et de surexcitation nerveuse avec prédominance d'idées de grandeur et de richesse, entrecoupés par des intervalles de calme et de lucidité.

« C'est dans une de ces périodes d'excitation et de délire que nous avons reçu de M. A..., maire de Toucy, la lettre ci-jointe, qui a été suivie, au moment de l'admission de M. de C..., du certificat de M. le docteur Roché, dont nous reproduisons également la copie. »

Lettre du maire de Toucy.

« 29 janvier 1858.

« Monsieur le directeur,

« M. de C..., âgé de vingt et un ans, fils unique de Mme veuve de C..., de ma commune, donne depuis quelque temps

des signes d'aliénation mentale qui se traduisent par des actes de toute nature, et entre autres en ce moment par la manie des titres nobiliaires, par l'idée d'entrer à l'École militaire sans examens ni autres formalités, par le goût désordonné d'acquisitions de toute espèce. Ces jours derniers, il a fait un voyage à Paris où il a fait des emplettes pour une somme de plus de huit mille francs.

« Enfin sa conduite à l'égard de sa mère, la pression qu'il exerce sur elle pour obtenir la satisfaction de ses goûts, font craindre des actes de violence et peut-être des accidents graves.

« En présence de cette situation, Mme de C... se voit dans la triste nécessité de provoquer la nomination d'un conseil judiciaire à son fils, et peut-être même son interdiction.

« Mais en attendant l'exécution des formalités judiciaires, elle veut prévenir la dilapidation de sa fortune, et se mettre à l'abri des violences que son fils peut exercer contre elle, et elle a l'intention de le confier à vos soins pendant un certain temps.

« Elle écrit à M. D... à ce sujet, et me prie de vous prévenir de ses intentions. Le jeune de C... doit aller demain à Auxerre ; il ira voir M. D... à l'asile, et rien ne s'oppose à ce que vous puissiez l'y retenir. M. C..., notaire et ami de Mme de C..., ira vous trouver et vous faire part de ses intentions.

« Je crains fort que l'état de ce pauvre jeune homme que vous avez déjà, je crois, vu en consultation, ne puisse être amélioré ; mais je ne doute pas que vos bons soins ne contribuent à le ramener à un état plus calme, et à éviter de sa part des excès qui pourraient gravement compromettre, et la santé personnelle de Mme de C..., et la tranquillité publique.

« Recevez, etc. »

Certificat de médecin.

« Sur l'invitation en date de ce jour, 25 novembre 1858, qui m'a été faite par Mme veuve de C..., née C. de L..., de constater l'état sanitaire de M. A. de C..., son fils, sous le rapport des facultés intellectuelles.

« Je, soussigné, Edme-Hubert Roché, docteur en médecine à Toucy, arrondissement d'Auxerre (Yonne), certifie, ce qui d'ailleurs est de notoriété publique dans le pays, que mondit sieur de C..., âgé de vingt et un à vingt-deux ans, d'une assez faible constitution et d'un caractère naturellement timide, est, depuis une année surtout, atteint d'une aberration dans les idées, caractérisée tantôt par des symptômes d'hypochondrie mélancolique avec dépression et délire, tantôt par une surexcitation des facultés intellectuelles, aberration qui, dans l'une comme dans l'autre de ces circonstances, entraîne cet individu à se livrer à des actes excentriques les plus répréhensibles, et qui tendent à compromettre, non seulement la tranquillité et la fortune de madame sa mère, mais encore l'honneur et la réputation de plusieurs personnes qui l'entourent ou avec lesquelles il a des relations.

« De tout ce qui précède, le soussigné, qui, pour se conformer à l'art. 8, § 2, de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, déclare qu'il n'est ni parent, ni allié de la famille de l'aliéné, ni l'un des chefs ni propriétaire d'aucun établissement d'aliénés, estime que M. de C... doit être placé dans une maison spécialement destinée à la surveillance et au traitement des affections mentales.

« Toucy, ce 25 novembre 1858.

« *Signé :* Roché, D.-M. »

« Ces deux pièces prouvent la conduite extravagante de M. de C... et le danger que fait craindre un genre de délire

compromettant pour la sûreté personnelle de Mme sa mère et pour la tranquillité publique.

« Depuis son séjour dans l'asile, M. de C... s'est livré à toutes sortes d'excentricités et d'actes bizarres qu'il avait soin le plus souvent de dissimuler aux yeux de ses surveillants. Nous avons effectivement constaté une perversion de sentiments et d'instincts qui poussait le malade à commettre des actes réprouvés par la conscience et la raison, expliqués par lui avec la plus grande perfidie et une extrême habileté, mais qui cependant, étudiés et analysés avec finesse, font ressortir la profondeur et la réalité du délire.

« Toutefois, pour apprécier ce délire, il faut bien se garder d'isoler les actes et les motifs invoqués à leur appui ; il faut, au contraire, après les avoir analysés, les réunir entre eux de manière à former un faisceau lumineux qui éclairera la conscience du juge et portera la conviction dans les esprits les plus prévenus en faveur de la sanité d'esprit de M. de C...

« Ainsi, M. de C... se livre, à Toucy et ailleurs, à toutes sortes d'extravagances : il sort avec le sabre de son père ceint à ses côtés, il achète des armes pour ses amis, fait de folles dépenses en désaccord non seulement avec sa fortune, mais avec le sens commun : par exemple, il procure à sa mère des robes de soie de 500 fr. la pièce qui contrastent avec ses habitudes modestes (Mme de C... effectivement ne porte ordinairement que de l'indienne et de la laine) ; il fait emplette de fichus brodés, de cols pour une demoiselle qu'il veut, dit-il, demander en mariage ; il s'habille en officier sans être militaire, et menace sa pauvre mère lorsqu'elle lui fait de sages remontrances.

« M. A..., maire de Toucy, prend alors des mesures dictées par le devoir et la prudence, en le faisant placer à l'asile ; mais, interrogé sur les motifs qui ont pu provoquer sa séquestration, M. de C... les dissimule avec adresse. Si M. A..., dit-il, a provoqué son admission dans l'asile, c'est par un motif de haine et de vengeance personnelle.

« M. A... n'a-t-il pas perdu en appel un procès intenté à Mme de C..., et pour se venger de cet échec subi par son amour-

propre, n'a-t-il pas obtenu la réclusion de son fils? Il est facile ici de faire remarquer que le caractère de M. A... est trop bien connu pour qu'on puisse supposer qu'un procès de police municipale de quatorze à quinze francs, perdu il y a deux ans, et auquel peut-être ce magistrat est resté étranger, ait pu déterminer un fonctionnaire de cet ordre, membre du conseil général depuis plus de quinze ans, jouissant de l'estime publique, à commettre un pareil acte soumis au contrôle de l'opinion publique, à celui de la magistrature et des médecins.

« De plus, la mesure prise dans cette circonstance par M. A... est en complet désaccord avec le motif qu'on lui prête, puisque, au lieu de se venger de Mme de C..., ce qui lui serait si facile en laissant son fils dilapider sa fortune, ce magistrat provoque l'admission de son fils dans une maison de santé et favorise la nomination d'un conseil judiciaire. Mais M. de C..., réfuté sur ce point, se rejette sur un autre argument, et se contredit bien vite en ajoutant que M. A..., en l'éloignant de Toucy, a eu pour but de séduire sa mère afin de s'emparer de sa fortune, motif dont on peut apprécier la valeur.

« Dans son certificat, M. Roché constate que M. de C... est atteint d'un genre d'aliénation qui l'entraîne à se livrer à des actes excentriques les plus répréhensibles, et qui tendent à compromettre non seulement la tranquillité et la fortune de sa mère, mais encore l'honneur et la réputation de plusieurs des personnes qui l'entourent et avec lesquelles il a des relations.

« Invité à s'expliquer sur le motif qui a pu déterminer M. Roché à délivrer un pareil certificat, M. de C... répond que ce docteur a altéré la vérité par deux motifs : le premier, par ce qu'il a refusé ses conseils et fait choix d'un autre médecin, de là une jalousie bien naturelle; le second, parce que M. Roché, n'étant pas fortuné, a été corrompu pour une somme de 300 francs ou de 1,000 francs qui lui ont fait délivrer un certificat de complaisance. Or, il est facile de faire remarquer que, non seulement, la réputation de M. Roché est trop solidement établie pour qu'une semblable imputation puisse l'atteindre, mais qu'il est resté le médecin de Mme de C..., qui ne cesse pas de le consulter pour son fils.

« Pour croire, en outre, à une semblable complaisance, n'est-il pas nécessaire d'admettre une entente préalable de M. Roché avec les autorités locales, le médecin de l'asile et les personnes honorables qui ont prêté leur concours à l'enlèvement de M. de C... et à sa séquestration dans l'établissement ? Ne faut-il pas encore supposer que M. Roché ignore la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, loi que tous les médecins, et surtout un médecin malintentionné, doit connaître ? Loi qu'il connaît, comme le prouve le dernier paragraphe de son certificat. De plus, comment les premiers magistrats de Toucy et les médecins, voulant faire passer M. de C..., sain d'esprit, pour un aliéné, engageraient-ils sa mère à poursuivre la demande d'un conseil judiciaire devant les tribunaux ?

« Les motifs invoqués par M. de C... contre l'honorable docteur Roché sont donc dépourvus de raison.

« M. de C..., entré à l'asile d'Auxerre, y reste deux mois, pendant lesquels il est l'objet de soins attentifs et bienveillants. Durant cette période de temps, il se promène en dehors de l'établissement, prend part aux exercices publics de distractions, se trouve plusieurs fois en rapport avec l'autorité administrative, et la pensée ne lui vient pas de réclamer sa sortie à qui de droit. Le médecin en chef de l'asile d'Auxerre délivre un certificat constatant que M. de C... est atteint de folie circulaire, caractérisée par un délire ambitieux et de richesse, avec excitation, insomnie, etc., et suivi, après une période de calme et de lucidité, d'un délire hypochondriaque et mélancolique; les périodes d'excitation et de collapsus s'accompagnent d'hallucinations de l'ouïe et de la vue. Le même médecin envoie un second certificat confirmatif du premier, et affirmant que le malade se livre à des idées et à des actes bizarres en désaccord souvent avec le sens commun, et commis sous l'influence du délire des richesses et des grandeurs.

« Appelé à discuter sur les motifs qui ont déterminé le médecin en chef de l'asile à délivrer des certificats qui constatent son aliénation mentale et qui demandent sa maintenue dans l'asile, M. de C... se défend en prétendant que, intéressé dans

la bonne gestion de l'asile, le médecin désire, aux dépens même de sa conscience, de sa réputation, et nonobstant les peines infamantes qui sont attachées à une détention arbitraire, conserver un pensionnaire à 2,400 francs plutôt que de faire justice en le rendant à la liberté. On laisse le soin d'apprécier un semblable motif, en faisant ressortir comment, en pareil cas, le médecin a pu prescrire des promenades au dehors de la maison, et comment de C... n'a pas mis ce fonctionnaire et les autorités compétentes en demeure de le faire sortir de l'établissement, quand naguère encore M. le préfet visitait le pensionnat où se trouvait alors le malade ?

« Interrogé encore sur les motifs qui ont pu déterminer le docteur Marie à conseiller l'admission dans un asile d'aliénés, M. de C... répond que le docteur, qui est veuf, voulait se débarrasser de lui pour épouser sa mère, et s'emparer ainsi de ses biens. Pour quiconque connaît le caractère honorable et la position sociale du docteur Marie, ainsi que l'âge et la situation de Mme de C...., cette assertion est fausse.

« Mais arrivons aux faits et gestes de M. de C... dans l'établissement.

« Depuis son séjour dans le pensionnat, il excite les malades à la révolte ; il leur dicte des lettres déclamatoires contre l'administration et contre le médecin. Il traite ce dernier de la manière la plus infâme, et va chercher dans son imagination déréglée tout ce que la plus noire calomnie peut enfanter contre ses surveillants et ceux qui lui donnent des soins. Il manifeste par écrit l'intention formelle de poursuivre sa mère en interdiction et de la priver de sa liberté ; il la traite de spoliatrice et d'incapable, elle qui lui a prodigué les soins les plus tendres et les plus délicats, qui n'a vécu que pour cacher ses faiblesses et réparer ses fautes au détriment de son repos et de sa fortune.

« Il commet les actes les plus bizarres et les plus méchants pour en faire rejeter la faute sur ses compagnons d'infortune et sur ceux qui le surveillent ; il explique tout cela par des motifs spécieux, mais qui ne peuvent souffrir l'épreuve de la réflexion, tant ils sont mobiles, contradictoires et dépourvus

de raison. Ainsi, s'il déchire ses vêtements en lambeaux, c'est tantôt parce qu'on le conduit au bain et qu'il considère que les bains lui sont nuisibles ; tantôt parce que c'est déshonorant d'avoir des vêtements qu'on a portés dans une maison de santé, tantôt encore pour prouver qu'il a de quoi en acheter d'autres; tantôt enfin parce qu'il en a besoin en guise de papier.

« Il enfonce l'opercule et la grille par lesquels l'air extérieur chauffé par un calorifère est déversé dans sa chambre, et il veut en faire supporter la peine à ses commensaux.

« Il jette dans le conduit de chaleur ses taies d'oreiller; il nie d'abord le fait, puis convaincu, il répond « qu'il faut bien que jeunesse se passe et que nous commettons tous quelques excentricités et quelques malices ». Il jette dans les lieux d'aisance une de ses pantoufles; il nie d'abord cet acte, se plaint ensuite du désordre qui règne dans la maison, puis il en convient, et l'explique en disant que « cette pantoufle n'avait pas une grande valeur (elle était presque neuve), et qu'il faut bien faire des engrais; que le cuir et la laine sont parfaits pour cela, et qu'il est l'ami de l'agriculture ». Plus tard, il jette sa seconde pantoufle dans le feu, parce que, dit-il, elle lui est inutile.

« A table, il fourre dans sa poche des morceaux de viande rôtie, et se plaint que sa nourriture est insuffisante. On lui fait observer qu'il en laisse sur son assiette et qu'on ne s'explique pas pourquoi il en cache dans son pantalon; il répond alors que c'est pour avoir le droit d'être servi une seconde fois. Dans sa chambre, il brise les vitres de sa fenêtre à trois reprises différentes et se plaint du froid qui y règne. Interrogé sur cet acte bizarre, il s'excuse en disant que c'est tantôt parce qu'il veut se procurer de l'air, tantôt parce qu'on le retient dans l'asile, tantôt enfin parce qu'il a à se plaindre de son surveillant. Je ferai remarquer que sa chambre est vaste, parfaitement aérée et que le malade n'ignore pas que ces bris sont à sa charge; qu'il doit savoir, en outre, que de pareils actes sont plutôt propres à confirmer le soupçon d'aliénation mentale qu'à le détruire, et par conséquent à le faire maintenir

dans l'asile; et qu'enfin son surveillant est plein d'égards et de bontés pour lui, comme M. de C... l'a affirmé spontanément à M. le préfet lui-même. D'où il suit que les actes de M. de C... sont dénués de sens commun et les motifs invoqués par lui, quoique spécieux, privés de raison.

» Il se dit riche à dix mille livres de rente, et son notaire affirme qu'il lui reste à peine un capital d'une quinzaine de mille francs, dont la possession pourrait lui être contestée par sa mère; il se dit marquis, comte, et sa mère affirme que son père n'a jamais porté aucun titre, quoiqu'il fût noble et chef d'escadron : elle croit même qu'il n'y avait aucun droit.

« Il est facile de voir, par cet exposé succinct, que toute la conduite de M. de C... s'explique par des convictions délirantes de vanité et de richesse, avec perversion de la sensibilité morale; c'est-à-dire qu'il se croit possesseur de titres et de richesses imaginaires, qu'il prend en haine ou en aversion tous ceux qui contrarient ses idées et ses caprices, et met tout en œuvre pour les perdre. Voilà au point de vue moral.

« Si maintenant à cette série de faits psychologiques nous ajoutons les phénomènes physiques, nous trouvons :

« 1° Que la physionomie, les gestes, l'attitude du malade expriment l'agitation, le désordre. Il est loquace, parle de lui avec une haute prétention, et, en se comparant aux autres, quelque haut placés qu'ils soient, il conserve sur eux les plus grands avantages ;

« 2° La face est rouge, animée; les yeux sont brillants et fuient le regard de ceux qui l'interrogent ; l'appétit est capricieux ; il y a souvent de la constipation ;

« 3° On constate de l'insomnie ; le malade est sans cesse en mouvement.

« D'après les récits qui ont été faits par les personnes les plus honorables et les plus dignes de foi, et d'après ce que nous avons pu constater nous-même, à cet état d'agitation et de délire des grandeurs et des richesses succède d'abord une période de lucidité et de calme, puis un profond collapsus moral et physique, avec dépression de toutes les fonctions. Le malade s'isole, se croit alors ruiné, persécuté, tourné en

ridicule et menacé dans son existence par une maladie mortelle; sa santé le préoccupe de manière à absorber toute son intelligence et ses soins. C'est dans un semblable état que nous avons pu l'observer avec les docteurs Marie et Roché, lorsque nous fûmes appelé l'année dernière à Toucy, pour l'examiner et donner notre avis sur sa situation.

« Il résulte donc pour nous, de l'examen de ce malade, qu'il est atteint, comme nous l'avons dit dans notre certificat d'admission, de folie circulaire actuellement dans la période d'excitation, c'est-à-dire dans la période de manie raisonnante.

« Mais cette folie est-elle de nature à exiger la maintenue de M. de C... dans un asile d'aliénés ?

« Il suffit de connaître les actes de violence auxquels ce malade se livre lorsqu'il rencontre une opposition aux moindres de ses désirs, surtout avec les êtres qu'il juge plus faibles que lui, pour être convaincu que ce n'est pas sans danger qu'il serait rendu à sa mère et à la liberté pendant la période d'excitation. On en voit une preuve dans une lettre écrite à sa mère, et qui déjà laisse entrevoir ses sentiments de haine et de vengeance contre l'auteur de ses jours.

« On comprendra, en effet, que dès que la raison et la volonté sont impuissantes à régler les idées, les passions et les actes, on puisse commettre des actions funestes dont on ne saurait subir la responsabilité, mais que la prudence de l'autorité compétente doit prévenir par de sages mesures indiquées par la loi du 30 juin 1838.

« C'est dire suffisamment que je considère M. de C..., comme pouvant porter atteinte à la sécurité publique, non seulement par la perfidie de ses mensonges et de ses calomnies, mais encore par des actes dangereux, tels que coups, blessures, incendies, portés ou commis dans l'ombre, comme il le fait le plus souvent dans l'asile. Ainsi nous avons déjà plus d'une fois pu constater dans le pensionnat qu'il avait frappé, sur le motif le plus frivole, des aliénés qui siégeaient à table à ses côtés ; et tout nous porte à penser, avec M. A... et le docteur Roché, que l'on est en droit de redouter,

dans son état d'excitation, des actes de violence et des accidents graves.

« Ce malade doit donc être actuellement maintenu dans une maison de santé.

« Veuillez agréer, etc. »

« M. de C..., maintenu dans l'asile par un arrêté préfectoral, en a été retiré par sa famille le 23 février 1859, sur la demande et sous la responsabilité de M. le maire de Toucy. Après un court séjour dans son pays, pendant lequel, surveillé de près, il a éclairé l'opinion en se livrant à toutes ses excentricités, M. de C... a été replacé dans l'asile par sa mère, d'après l'avis de son conseil judiciaire, le 8 mai 1859.

« La lettre suivante donnera une idée de sa conduite et de sa situation :

« Monsieur le directeur,

« J'ai l'honneur de vous adresser : un certificat de M. le docteur Roché, concernant l'état mental de M. de C..., que vous connaissez ;

« Une demande d'admission dans votre établissement, par sa mère.

« Je vous prie d'envoyer chaque matin à l'hôtel *** pour savoir s'il est à Auxerre, et, par un moyen quelconque, le faire venir à l'asile et l'y tenir renfermé.

« Tout le monde ici le considère comme très dangereux ; il est temps que cela finisse. Ceux qui ont critiqué sa première admission sont les premiers à reconnaître aujourd'hui qu'on avait *sagement* agi.

« M. de C... sera à Auxerre ce soir ou demain probablement ; il est parti ce matin de chez sa mère après avoir tout *brisé*.

« Recevez, etc.

« *Signé :* C..., notaire.

« *P.-S.* — M. de C... cherchera à s'échapper par tous les moyens possibles.

« Toucy, 5 mai 1859. »

La folie à double forme peut soulever, avons-nous dit, d'importantes questions médico-légales, qu'il s'agisse de la responsabilité des actes délictueux ou même criminels commis par ceux qui sont atteints de cette forme de folie, ou de leur capacité au point de vue des actes de la vie civile.

Et de fait, si l'on se rappelle ce que nous avons dit dans les chapitres consacrés à l'étude de la symptomatologie, les malades peuvent commettre, durant la phase d'excitation, des actes de toute espèce : les uns délictueux, tels que des vols de toute nature, des accusations injustes, des diffamations grossières contre des personnes qui souvent même leur ont rendu des services ; d'autres, portant préjudice à leur fortune ou à celle de leur famille, tels que des achats inconsidérés, des contrats de vente, des spéculations hasardeuses, des testaments même, etc.

Pendant la période de dépression, nous avons eu l'occasion de faire observer que certains malades arrivent à se suicider. Rarement, il est vrai, le suicide, quand il a lieu, peut provoquer des incidents où le médecin légiste aura à intervenir. Enfin, on cite un fait d'homicide durant cette période.

Comme preuves de ce que nous venons d'avancer, nous n'aurons qu'à rappeler les observations éparses dans ce travail : pour les vols, l'Observation XXI ; pour le suicide, l'Observation IV, etc.

A tous ces faits nous ajouterons les deux suivants, dont le premier est relatif à des dénonciations, à des accusations portées par une malade pendant la période d'agitation ; et le second est cette observation d'homicide pendant la période de dépression dont nous venons de parler.

Observation LXXVIII [1].

Sommaire. — *Folie à double forme à type circulaire. — Période de dépression avec scrupules religieux*, etc. — *Période d'agitation. — Plaintes motivées et vraisemblables de la malade contre ses persécuteurs; aveux de ses torts. — Examen du procureur du roi.*

Mme Stéphanie, âgée de quarante ans, brune, bilieuse, sèche, d'une physionomie intelligente, mais dont les yeux et l'ensemble des traits annonçaient l'esprit dominateur, opiniâtre et en même temps cauteleux et rusé, avait exercé pendant plusieurs années, dans une communauté étrangère, les fonctions de directrice. Lorsqu'elle nous fut confiée, elle était sous l'obsession d'une idée qui faisait son désespoir. Elle se croyait damnée, parce qu'elle prétendait avoir été mal dirigée. Triste, cherchant la solitude, refusant par moments la nourriture, l'expression de son visage révélait une mélancolie des plus intenses. Dans un moment d'expansion, elle avoua qu'elle avait eu le projet de se suicider. Les renseignements nous apprirent que sa mère avait été aliénée; qu'une sœur s'était suicidée et que la malade était orgueilleuse, difficile à vivre et d'une humeur variable. Le cahier de notes nous mit à même de constater que, quand la maladie avait perdu de sa force et que cette dame pouvaît causer, elle était assaillie par une foule de scrupules religieux, qui la tourmentaient, et que, malgré sa profession, elle ne pouvait ni prier, ni se confesser, ni communier. Peu à peu, son état changeait, s'affaiblissait, elle regrettait alors ce qu'elle avait dit et convenait qu'elle avait eu tort d'entretenir les autres des affaires de sa maison. Cet accès mélancolique durait plusieurs mois, un an; il était remplacé par un état d'activité. Dans cette forme, elle était excessivement dissimulée, artificieuse; mais elle vous parlait dans les meilleurs termes, vous témoignait un dévouement

[1] Brierre de Boismont, *De l'importance du délire des actes*, etc., in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, IIe série, t. XXVI, p. 94.

sans bornes; en cachette, elle faisait les plaintes les plus graves et demandait sa mise en liberté. Un médecin, un magistrat, qui n'auraient pas été initiés à ce genre d'affection, en l'entendant articuler contre son chef spirituel des actes répréhensibles et très habilement présentés, l'auraient considérée comme une malheureuse victime et eussent probablement pris sa défense. Ce fut dans une de ces phases de la maladie qu'elle écrivit à un avocat. Celui-ci, ému de sa cruelle position, et croyant mettre la main sur une ténébreuse affaire, vint nous demander des éclaircissements. Nous lui expliquâmes la maladie, dont la certitude nous était acquise, et nous ne lui laissâmes pas ignorer qu'un procès dont le résultat était fort incertain, aurait pour conséquence l'abandon de son ordre, la misère pour elle, et qu'il serait du devoir d'un homme, animé de ses généreuses intentions, de lui créer une position. « Il y a, d'ailleurs, un moyen, ajoutâmes-nous, de défendre les intérêts de cette pauvre femme, comme vous le désirez, c'est de soumettre le cas à M. le procureur du roi. »

Ce parti ayant été adopté par l'avocat, nous nous rendîmes à une audience de ce magistrat, qui, sur notre communication, nous avait convoqués. C'était un homme versé depuis longtemps dans la connaissance des aliénés, ce qui n'a pas toujours lieu, mais ce qui est fort important à Paris. Il interrogea la malade sur ses prétendus griefs contre l'ecclésiastique qu'elle accusait, lui cita des exemples remarquables d'illusions des sens dans la vie religieuse, de pensées fausses, prises pour des réalités, et l'amena, par la douceur et le raisonnement, à reconnaître qu'elle avait pu se tromper et même qu'elle s'était trompée. Elle promit de ne plus recommencer ses plaintes.

Il y a tout lieu de croire que, si la voix de la raison ne s'était pas fait entendre dans cette circonstance, le procès de cette dame eût été une seconde édition d'une autre affaire, qui n'a eu un certain retentissement que parce que personne n'était dans son rôle.

Lorsque cette période de l'état mental de Mme Stéphanie était passée, elle devenait tranquille, ne faisait plus aucune réclamation, ne demandait pas à s'en aller, s'employait même

dans la maison d'une manière utile, et était fort agréable dans ses rapports. A la voir ainsi, on aurait pu la regarder comme guérie et la rendre à la vie religieuse, si l'expérience de la supérieure et la nôtre propre, fondée sur de nombreuses rechutes, ne nous avaient tenus en éveil. Parfois cependant, cette dame priait qu'on la laissât retourner à son couvent et reprendre ses occupations. Tout en accordant qu'elle avait scandalisé ses supérieurs, elle faisait observer qu'elle avait été assez cruellement punie par sa maladie, et qu'on devait se montrer indulgent à son égard. Ces moments étaient difficiles et il fallait beaucoup de prudence et une extrême mesure dans les paroles, pour ne pas la blesser ou la désoler. Quiconque l'eût interrogée à cette époque n'eût pas découvert le moindre signe de folie. Heureusement qu'elle n'avait plus alors cet esprit de médisance, de ruse et de récriminations qui nous inspirait de vives inquiétudes pour tout le monde.

Mais lorsque Mme Stéphanie retombait dans sa tristesse, le doute n'était plus possible ; elle restait alors des journées entières au lit, ne prenait plus aucun soin de sa personne, mangeait à peine, souvent même refusait les aliments, entremêlait ses paroles lentes et presque monosyllabiques de plaintes et de soupirs interminables ; elle se trouvait mal partout, et quand elle nous fut confiée pour la première fois, en 1847, elle venait de s'évader d'un couvent où elle avait été placée.

Après un séjour de sept années, l'état de raison, qui paraissait succéder à la mélancolie, ayant persisté plus longtemps, il fut décidé qu'elle pourrait sortir et s'occuper de choses religieuses. Pendant près de cinq ans, elle se livra, sous notre surveillance, à des œuvres de bienfaisance et put organiser une nouvelle maison ; elle se montrait fort réservée dans ses discours, évitait de parler du passé, et l'on pouvait la croire guérie. Ses supérieurs arrêtèrent même qu'elle rentrerait dans le monde. C'était l'épreuve qui allait décider de son sort ; elle montra que la guérison n'avait été qu'une rémission.

A peine cette dame eut-elle été rendue à la liberté, qu'elle se mit en rapport avec un ecclésiastique qui manquait complètement d'expérience en ces matières ; elle lui fit part de ses

plaintes, de ses griefs, il crut aveuglément ce qu'elle lui racontait, et écrivit une lettre de menaces à la communauté, si l'on n'accordait pas une large indemnité à cette infortunée. Mme Stéphanie, appréciant elle-même sa position, vint réclamer nos soins, en avouant qu'elle était malade et qu'elle avait besoin d'un traitement. C'était sa mélancolie qui reparaissait avec son cortège habituel d'indécision, d'irrésolution, de chagrin de ce qui s'était passé ; puis, quand elle fut un peu moins triste, elle recommença à se plaindre de la maison, de son entourage, de son ordre; l'ecclésiastique, qu'elle avait endoctriné, fit des démarches blessantes. C'était le terme de cette lutte de douze ans ; on vint la chercher pour la conduire, suivant toutes les conjectures, dans un pays étranger, où son isolement devait amener la fin des tracasseries qu'elle n'avait cessé de susciter à la communauté. Chose curieuse, cette dame prévoyait cette solution, la redoutait, mais le mal, plus fort que la peur, paralysait sa volonté et l'entraînait dans la mauvaise voie.

Observation LXXIX [1].

Sommaire. — *Folie à double forme. — Homicide pendant la période de dépression. — Guérison.*

Caroline X..., âgée de vingt-huit ans, est entrée à l'hospice de Stéphansfeld en février 1838. Par suite d'un changement survenu dans sa constitution, changement qui avait coïncidé avec quelques chagrins, elle montra, dès 1834, une humeur sombre et bizarre, rechercha la solitude, et se plaignit souvent d'un malaise général dont elle ne pouvait pas bien rendre compte.

Cette mélancolie, qui contrastait avec le caractère enjoué qu'elle avait toujours eu jusqu'alors, ne fit que s'aggraver. A cela se joignit une dysménorrhée. M. Renaudin, consulté, ne saisit aucun symptôme qui trahît d'une manière positive l'existence d'un trouble intellectuel. Cet état dura environ un an.

[1] Renaudin, in *Ann. méd.-psych.*, 1858, p. 111.

Plus tard elle s'abandonna aux idées plus tristes, et donna, à plusieurs reprises, tant par ses paroles que par ses actes, des signes non équivoques d'un dérangement des facultés intellectuelles. Elle fit plusieurs tentatives de suicide, et demandait qu'on l'enfermât; car, disait-elle, elle sentait qu'elle deviendrait folle. Sa famille, imbue de certains préjugés contre les asiles, la fit voyager; elle se rendit chez un de ses frères, qui était marié dans la banlieue, et, pendant quelque temps, on put croire qu'elle avait recouvré un peu de calme; mais ce n'était qu'une vaine illusion; car un jour, mue par une de ces impulsions soudaines et irrésistibles, dont depuis elle n'a jamais pu se rendre compte, elle fit périr une petite fille âgée de deux ans. Profitant du moment où elle était seule avec cette enfant, elle lui trancha la tête avec un couteau de cuisine qu'elle trouva sous la main. Aussitôt le crime commis, elle retomba dans un calme stupide, n'apporta aucune résistance à son arrestation et sembla même ne pas comprendre l'affliction de ces parents qu'elle venait de priver de leur enfant.

Pendant les premiers temps de son séjour en prison, elle fut assez calme, et refusa obstinément de répondre à tout interrogatoire, et la seule anomalie qu'on remarqua consistait dans l'activité vraiment extraordinaire qu'elle déployait dans son travail. Puis l'irritabilité devint excessive, et pour la moindre contrariété, elle se livrait aux violences les plus grandes. Ses réponses, d'abord assez justes, devinrent incohérentes, et elle montrait une singulière répugnance à parler. Plus on avançait, plus on observait dans ses manières quelque chose d'insolite et de bizarre. Enfin la manie finit par éclater avec violence et motiva sa translation à l'asile de Stéphansfeld. La période d'exaltation dura quatre mois et fut suivie d'une torpeur profonde. Sous cette forme nouvelle, la maladie fut caractérisée par un état congestionnaire, une céphalalgie intense, un assoupissement prolongé, l'irrégularité du flux menstruel qui pendant l'excitation avait été normal : inappétence, insuffisance des fonctions digestives, négligence de tous soins personnels, et enfin lenteur extrême dans la formation des idées, peuvent faire craindre l'imminence de la démence.

On observait bien de temps en temps une excitation intérieure, mais elle était de courte durée. Cet état persista jusqu'à la fin de 1839, époque à laquelle elle parut sortir d'un long engourdissement et se réveiller à la vie de relation. Elle commença à manifester peu de goût pour le travail, l'irritabilité diminua, les idées devinrent moins confuses, la prostration fit place à un service régulier des forces; ses facultés intellectuelles se développèrent, mais les sentiments affectifs furent les derniers à reparaître. A partir de ce moment, la constitution se fortifia, la menstruation reprit son cours normal, et notre malade se fit remarquer alors par la régularité de son humeur et son zèle intelligent pour toutes les occupations qu'on lui confiait. La guérison était complète et elle ne s'est pas démentie depuis.

L'aliéné atteint de folie à double forme pouvant, surtout pendant la période d'excitation, dilapider sa fortune, faire des achats insensés, faire des contrats de vente, etc., sa famille est en droit de provoquer son interdiction. Dans ces cas, le médecin peut être consulté et appelé à donner son avis. C'est ce qui a eu lieu dans le fait suivant rapporté par M. Legrand du Saulle dans sa savante *Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés*.

Observation LXXX [1].

Affaire E. C...

Sommaire. — *Folie à formes alternes (folie circulaire). — Demande d'interdiction présentée par l'épouse. — Commission rogatoire du tribunal de Bucharest. — Exposé clinique et médico-légal de l'état mental du malade. — Conclusions des experts.*

« Nous, soussignés, Ch. Lasègue, professeur de clinique médicale à la faculté de médecine de Paris, E. Blanche, associé

[1] Legrand du Saulle, *Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés*, etc., Paris, 1881, p. 71.

libre de l'Académie de médecine, et Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, commis par ordonnance de M. Aubépin, président du tribunal civil de la Seine, agissant en vertu d'une commission rogatoire du tribunal de Bucharest, déclarons avoir préalablement prêté serment entre les mains de M. le président et avoir juré de remplir en notre honneur et conscience la mission de constater judiciairement l'état mental de M. E. C... placé et retenu à la maison de santé de Vanves (Seine).

Les résultats de nos investigations se trouvent résumés dans le rapport suivant.

M. E. C... est entré à la maison de santé le 4 août 1877. Il est âgé actuellement de cinquante ans. Depuis un assez grand nombre d'années déjà, il a été sujet à des phases alternes d'excitation et de dépression : était-il excité, on le voyait actif, expansif, entreprenant, enfantant des projets et disposé à faire de grandes dépenses; était-il déprimé, au contraire, il restait confiné chez lui, recherchant la solitude, presque immobile, pleurant et s'accusant. Dans cette dernière situation d'esprit, il a fait des tentatives de suicide.

Au moment de son entrée à Vanves, il était dans une période de mélancolie très intense; il était anxieux, pleurait, gémissait, se reprochait d'avoir gaspillé sa fortune et d'avoir fait le malheur de sa femme; il se croyait ruiné, perdu, et désirait mourir. Deux ou trois mois après, il était manifestement amélioré, puis, après un court intervalle de calme et de lucidité, il s'anima, s'excita, devint d'une susceptibilité excessive, se montra grondeur, difficile à vivre, querelleur, mécontent et demi-turbulent; il se posa en défenseur de la justice et du droit, voulut s'occuper d'une foule de choses qui ne le concernaient point, et déployer une activité tout à fait incorrecte et pathologique.

L'état actuel du malade est caractérisé par les phénomènes que voici :

M. E. C... est en possession du calme et d'une sorte de demi-lucidité très appréciable; il reconnaît et avoue franchement qu'il a traversé des périodes de complète déraison; qu'il

a voulu plusieurs fois se tuer, mais que toute l'énergie nécessaire lui a fait défaut; que son existence entière a été fertile en émotions; qu'il n'a pas pu imprimer à ses affaires une direction normale et suivie, et que, tout en désirant conclure certains arrangements à Bucharest, il a conscience de la nécessité où il se trouverait de recourir bientôt, et de son plein gré, à l'assistance protectrice et secourable de la maison de santé.

Pendant qu'il parle, le malade est vaguement anxieux, et il éprouve un certain état d'angoisse et de demi-défaillance; ses yeux se remplissent de larmes. Essentiellement passif, incapable d'un grand effort intellectuel, il expose presque à voix basse ce qui lui est arrivé, semble préoccupé de l'avenir et paraît, en somme, redouter ses initiatives, les obligations et les responsabilités qu'il devrait affronter, à son retour chez lui.

Cliniquement, M. E. C... est atteint de cette forme de maladie mentale connue dans la science sous les noms de folie circulaire, folie à double forme, délire à formes alternes, et qui est caractérisée par l'alternative régulière de périodes d'excitation et de périodes de dépression, séparées par un court intervalle d'état calme, avec apparences raisonnables. Or, dans ces conditions mentales si opposées, le malade est impropre à reprendre la direction de sa personne, le gouvernement de ses affaires et l'administration de sa fortune. Il devient même dangereux pour lui-même, lorsqu'il parcourt des phases assez prolongées de la mélancolie à cause des idées persistantes de suicide qui tendent à s'imposer.

Il y a plus encore : le niveau intellectuel a fléchi assez sensiblement; et, même pendant l'intervalle de calme et de lucidité apparente, M. E. C... ne serait point en état d'être placé à la tête de ses affaires. En effet, il témoigne bien de l'affection pour sa femme, mais sur tout autre sujet il reste indifférent, insouciant, apathique; il n'aime point à s'occuper, ne lit pas, ne se livre à aucun jeu ni à aucun exercice, ne recherche point la conversation d'autrui et s'isole volontiers. Comme s'il avait conscience de sa diminution intellectuelle, de son amoindrissement, il attend passivement les décisions à

intervenir. Au lieu d'être acteur dans sa propre cause, il se contente d'être un spectateur presque impassible. Loin de s'affirmer, il se désintéresse.

En résumé : 1° M. E. C... est atteint de folie circulaire (folie à formes alternes);

2° Son état mental diffère considérablement, selon le moment où il est visité et interrogé;

3° Il est incapable de s'occuper de la gestion de ses biens, même lorsqu'il est calme et qu'il paraît raisonnable;

4° Il doit être interdit.

Délibéré à Paris, le 26 octobre 1879.

C. Lasègue, E. Blanche, Legrand du Saulle.

P.-S. — Le jugement n'est point encore rendu. »

Quelle est la conduite qu'aura à tenir le médecin appelé à donner son avis sur l'état mental de tel malade qui a commis un acte délictueux, ou de tel autre dont il y a à apprécier la capacité civile ? Que ces malades soient atteints de folie à double forme, c'est dans les caractères et dans la marche de l'affection que l'expert trouvera l'appui le plus précieux pour éclairer les magistrats. Que l'acte sur lequel il y a à se prononcer ait été commis au début de l'accès, alors que la maladie semble encore peu définie; ou bien qu'il se soit produit au moment de la transition entre les deux périodes d'un accès, alors qu'il s'établit une sorte d'équilibre et que le malade ne donne plus de signes de délire et paraît entrer en convalescence; la connaissance de la marche de la folie à double forme permettra encore de répondre d'une manière certaine : dans le premier cas, on pourra affirmer que la maladie va se présenter de nouveau avec ses deux phases; dans le second, que le malade, loin d'être

guéri, va entrer dans une nouvelle période de son affection, et l'événement viendra justifier ce pronostic. Les questions médico-judiciaires relatives à la folie à double forme demandent, comme on le voit, beaucoup de sagacité clinique et, reconnaissons-le, c'est la pratique seule qui donne l'habitude de saisir les nuances que peut présenter chaque cas particulier.

En suivant les indications que nous venons de donner, « la médecine légale, ainsi que l'a si bien dit Falret père, reposera sur l'étude clinique de la marche naturelle de la maladie, au lieu d'être basée sur l'appréciation individuelle des caractères et des mobiles de l'acte incriminé, ou sur l'observation médicale limitée à un moment donné. Le médecin expert pourra ainsi fournir toutes les lumières pour rendre bonne justice, soit qu'il s'agisse d'une séquestration prétendue illégale, soit qu'il ait à se prononcer sur la valeur d'un testament, sur la nécessité d'une interdiction, ou sur un acte qui serait criminel, s'il n'avait pour excuse l'aliénation mentale ». (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1853-1854, p. 400.)

BIBLIOGRAPHIE

Bachelez. Etude sur une variété particulière de la folie héréditaire. Thèse de Paris, 1871.

Baillarger. Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation, in Bulletins de l'Académie de médecine, séance du 31 janvier 1854, t. XIX, p. 340.

— Réponse à Falret. — In Bulletins de l'Académie de médecine, séance du 14 février 1854, t. XIX, p. 401.

— De la folie à double forme. Leçon faite à la Salpêtrière. In Annales médico-psychologiques. 2e série, t. VI, 1854, p. 369.

— De la folie à double forme, in Annales médico-psycologique, 6e série, t. IV, 1880, p. 5.

Ball. Leçon sur la folie circulaire, in France médicale, n° du mercredi 21 avril 1880.

Billod. Des intervalles dits lucides chez les aliénés, in Annales médico-psychologiques, 2e série, t. IV, 1852, p. 364.

— Des diverses formes de lypémanie. Essai de classification et de séméiologie, in Annales médico-psychologiques, 3e série, t. II, 1856, p. 309.

Bonnet (H.). Observation de folie à double forme, stupidité intermittente, in Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses, t. II, 1862, p. 228.

Brierre de Boismont. Observation d'imbécillité avec accès réguliers de tristesse et de gaieté pendant un certain nombre d'années,

in Annales médico-psychologiques, 2e série, t. VI, 1854, p. 144.

Brierre de Boismont. De l'importance du délire des actes pour le diagnostic médico-légal de la folie raisonnante, in Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 2e série, t. XXVII, 1867, p. 76 et 354.

Déhillotte. Etude sur la marche de la folie circulaire, Thèse de Paris, 1879.

Delaye. Etude sur la folie à formes alternes, in Journal de médecine de Toulouse, 1860.

Dittmar. Ueber regulatorische und ueber cyclische Geistesstörungen, 1877.

Doutrebente. Note sur la folie à double forme; accès multiples se produisant à des intervalles inégaux et souvent très longs, in Annales médico-psychologiques, 6e série, t. VII, 1882, p. 193.

Emmerich (Rudolf). Ueber cyklische Seelensstörungen, in Schmidt's Med. Iahrb. Bd. 190 Heft. 2, pp. 193-220, 1881.

Fabre. Etude sur la marche de la paralysie générale. Folie paralytique circulaire, in Annales médico-psychologiques, 5e série, t. XI, 1874, p. 196.

Falret (J.-P.) Leçons cliniques de médecine mentale faites à la Salpêtrière. 1re partie : Symptomatologie générale des maladies mentales, 1 vol. in-8e, Paris, 1854.

— Mémoire sur la folie circulaire, in Bulletins de l'Académie de médecine, séance du 14 février 1854, t. XIX, p. 382, et in Des Maladies mentales et des Asiles d'aliénés, 1 vol. in-8°, Paris, 1864, p. 456.

Falret (Jules). De la folie raisonnante ou folie morale. Discours prononcé à la Société médico-psychologique dans la séance du 8 janvier 1866, in Annales médico-psychologiques, 4e série, t. VII, 1865, p. 382.

— De la folie raisonnante ou folie morale, réponse à M. Delasiauve. Discours prononcé à la Soéiété médico-psychologique dans la séance du 29 octobre 1866, in Annales médico-psychologiques, 4e série, t. IX, 1867, p. 68.

— La folie circulaire ou folie à formes alternes, in Archives générales de médecine, numéros de décembre 1878 et de janvier 1879.

Foville (Ach.) fils. Art. Folie à double forme, in Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XV, p. 921, Paris, 1872.

Geoffroy. De la folie à double forme. Thèse de Paris, 1861.
Gérard (H.-S.). De la marche circulaire de la folie. Thèse de Montpellier, 1880.
Girard de Cailleux. Rapport médico-judiciaire sur un cas de folie circulaire, in Annales médico-psychologiques, 3e série, t. VI, 1860, page 83.
Karrer (Ferd.). Bemerkungen zur circulären Geistesstörungen, in Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1881, pp. 691-712.
Kirn (Ludwig). Die periodischen Psychosen, Eine klinische Abhandlung. Broch. in 8, Stuttgart, 1876.
Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage, 3 vol. in-8°, Stuttgart, 1879-1880.
Laffitte. Observation de paralysie générale à double forme, in Annales médico-psychologiques, 6e série, t. VII, 1882, p. 231.
Legrand du Saulle. Folie à double forme, guérison par le sulfate de quinine, in Annales médico-psychologiques, 3e série, t. I, 1855, p. 53.
Lunier. Observation de folie à double forme intermittente, in Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses, t. I, 1861, p. 267.
Luys. Traité clinique et pratique des maladies mentales, Paris, 1881.
Marcé (L.-V.). Traité pratique des maladies mentales, Paris, 1862.
Meyer. Ueber circuläre Geisteskrankheiten, in Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1874.
Muller (Franz). Ein seltener Fall von Interferenz von « circulairem Irresein » bei Tabes dorsalis, in Centralblatt fur Nervenheilkunde, Psychiatrie, etc, n° du 15 février 1880.
Régis (E.). Observation de folie à double forme continue, in Annales médico-psychologiques, 6e série, t. IV, 1880, p. 192.
— Note sur le diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale progressive, in l'Encéphale, 1881, p. 684.
Ritti (Ant.) Art. Folie à double forme, in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 4e série, t. III, p. 321. Paris, 1879.
— De l'asphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme, in Annales médico-psychologiques, 6e série, t. VIII, juillet, 1882.
Schafer. Ein Fall von circularer Geistesstörung, in Neurologisches Centralblatt, n° de juin 1882.

Verron. Observation de folie à double forme avec ralentissement remarquable de la circulation pendant la période de dépression, in Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses, t. I, 1861, p. 5.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE (*suite*). — II. PÉRIODE D'EXCITATION.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION DE LA MALADIE

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

CHAPITRE VI

CHAPITRE VII

ÉTIOLOGIE

CHAPITRE VIII

DE LA FOLIE PARALYTIQUE A DOUBLE FORME OU FOLIE PARALYTIQUE CIRCULAIRE. — FOLIE A DOUBLE FORME ET ATAXIE LOCOMOTRICE.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

CHAPITRE X

MÉDECINE LÉGALE

Evreux, Ch. Herissey, imp. — 1082

